

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 68

Entscheid vom 24. April 2023

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B._____

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1961) war als Lagermitarbeiterin der C._____ AG bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als sie am 21. August 2012 beim Treppensteigen stürzte und sich - gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 13. Dezember 2012 - das rechte Fussgelenk verrenkte (Vi-act. 1). In der Folge richtete die Suva Versicherungsleistungen aus (Vi-act. 2). Bei der Abklärung am Wohnort von A._____ am 12. März 2013 präzisierte diese, sie hätte sich nach dem Ausrutschen mit der rechten Hand abgestützt, um einen schwereren Sturz zu verhindern, dabei aber das rechte Fussgelenk abgedreht (Vi-act. 18).

B. Bei den Diagnosen: "Grosse osteochondrale Läsion mediale Talusschulter rechts" und "Insuffizienz Ligamentum fibulotalare anterius rechts" führte Dr.med. F._____ (Leitender Arzt Orthopädische Chirurgie FMH) am 4. Januar 2013 eine "Osteotomie Malleolus medialis rechts und Versorgung der osteochondralen Läsion am Talus mit Débridement, Mikrofrakturierung, Spongiosaplastik, AMIC" und eine "Revision Ligamentum fibulotalare anterius rechts mit Raffung des Bandes" durch (Vi-act. 9). Am 8. April 2013 entfernte Dr.med. F._____ zwei Schrauben am Malleolus medialis rechts (Vi-act. 23).

C. Am 29. Mai 2013 führte Dr.med. G._____ (Fachärztin für Handchirurgie, Chirurgie) bei einer "Synovitis Handgelenk rechts, ulnocarpale(n) Diskusläsion und leichte(n) Ulnaplust-Variante" eine Handgelenks-Arthroskopie mit arthroskopischer Diskusläsion und Debridierung der Synovitis durch (Vi-act. 34).

D. Am 17. Juli 2013 erfolgte die Anmeldung bei der IV-Stelle (Vi-act. 49).

Vom 28. August 2013 bis 25. September 2013 hielt sich A._____ zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik D._____ auf (Vi-act. 87).

Ab November 2013 arbeitete A._____ im Rahmen eines Arbeitsversuchs jeweils zwei Stunden täglich mithilfe eines Stehstuhls bei voller Leistungsfähigkeit bei ihrer bisherigen Arbeitgeberin als Lagermitarbeiterin (Vi-act. 88, 99, 102, 104f., 116). Ab 7. April 2014 steigerte A._____ die Arbeitstätigkeit um eine Stunde auf drei Stunden täglich (Vi-act. 140, 144).

E. Aufgrund der chronischen Schmerzen am OSG rechts bei posttraumatischer osteochondraler Läsion der medialen Talusschulter führte PD Dr.med. H._____ (Teamleiter Fusschirurgie der Uniklinik R._____) am 8. September 2014 eine "Supramalleoläre Closing wedge Osteotomie rechts" durch (Vi-act. 176). In der Folge lässt sich den Akten der Heilungsverlauf sowie weitere Ab-

klärungen zu den Beschwerden von A._____ entnehmen (Vi-act. 182 bis 237).

F. Im Rahmen einer Physiotherapieverordnung diagnostizierte Dr.med. I._____ (Allgemeine Innere Medizin FMH) am 21. Mai 2015 Schulterschmerzen (vgl. Vi-act. 229, 235).

Am 26. Juni 2015 erfolgte eine kreisärztliche Beurteilung durch Dr.med. J._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH) (Vi-act. 239). Nach weiteren Abklärungen und Behandlungen wurde A._____ vom 30. September 2015 bis 21. Oktober 2015 in der Rheumatologie der Uniklinik R._____ stationär multimodal behandelt (Vi-act. 265, 275).

Am 3. Dezember 2015 führte med.pract. K._____ (Facharzt für Neurochirurgie) eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch (Vi-act. 281).

G.1 Mit Verfügung vom 26. Januar 2016 sprach die Suva A._____ ab 1. Februar 2016 eine Invalidenrente bei einer Erwerbseinbusse von 10% sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10% zu (Vi-act. 300). Dagegen liess A._____ am 5. Februar 2016 vorsorgliche Einsprache erheben (Vi-act. 306), welche am 11. April 2016 ergänzt wurde (Vi-act. 314).

G.2 In der Zwischenzeit gab die IV-Stelle Schwyz beim E._____ eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung in Auftrag (Vi-act. 312). Das Gutachten wurde am 15. August 2016 erstellt (Vi-act. 330), woraufhin die IV-Stelle A._____ mit Vorbescheid vom 4. Januar 2017 vom 1. Januar 2014 bis 31. März 2015 eine ganze IV-Rente zusprach (Vi-act. 323). Zum E._____ -Gutachten äusserte sich A._____ im Rahmen des Einspracheverfahrens bei der Suva am 27. April 2017, worin sie auch festhalten liess, dass sie jeweils 12 Stunden pro Woche (25% Pensum aufgeteilt auf 5 Arbeitstage) bei der S._____ AG mit der Reinigung von Büroräumlichkeiten (mit leichten Arbeiten wie Abstauben) tätig sei (Vi-act. 334).

H. Nach weiteren ärztlichen Abklärungen führte Dr.med. L._____ (Leiter Fusschirurgie der Universitätsklinik R._____) bei den Diagnosen: "Fortgeschrittene OSG-Arthrose Fuss rechts sowie zusätzlich neuropathisch anmutende Schmerzkomponente Fuss rechts" am 25. August 2017 eine "Partielle OSME OSG rechts" und eine "OSG Arthrodesese rechts" durch (Vi-act. 348). Am 14. September 2017 folgte die Rückfallmeldung durch T._____ (Vi-act. 350). Mit Schreiben vom 22. September 2017 teilte die Suva A._____ die Übernahme der Versicherungsleistungen für die Folgen des Berufsunfalles mit (Vi-act. 355).

Mit Schreiben vom 26. April 2018 hat die Suva das Einspracheverfahren sistiert (Vi-act. 400).

I.1 Am 16. November 2018 führte Dr.med. M._____ (Oberarzt Orthopädie der Universitätsklinik R._____) eine "Osteosynthese-Materialentfernung laterale Fibula" und "Schraubenwechsel OSG Arthrodesse rechts" durch (Vi-act. 426). Am 29. Mai 2019 erfolgte eine berufliche Standortbestimmung durch das Kompetenzzentrum berufliche Eingliederung der Rehaklinik D._____ (Vi-act. 475). Am 3. Juni 2019 begann A._____ eine Behandlung beim Schmerzambulatorium des U._____ (Spital) (Vi-act. 486f.).

I.2 Am 17. September 2019 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Belastbarkeits- und Aufbautraining vom 1. Oktober 2019 bis 31. März 2020 bei der V._____ (Vi-act. 495), welches per 10. Dezember 2019 abgebrochen wurde, weil eine Steigerung der Arbeitstätigkeit auf über zwei Stunden täglich nicht möglich war (Vi-act. 515, 518, 522).

J. Am 11. Dezember 2020 führte Dr.med. M._____ eine komplette "Osteosynthesematerialentfernung, Sampling, Anfrischung anteriore OSG-Arthrodesse und Anlagerung autologe Spongiosa [distale Tibia] Fuss rechts" durch (Vi-act. 580). Nach erneuter Schmerzbehandlung im U._____ (Spital) (vgl. Vi-act. 597, 605) sowie Sprechstunden bei der Orthopädie der Universitätsklinik R._____ erfolgte am 24. November 2021 eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr.med. N._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) mit Bericht vom 29. November 2021 (Vi-act. 659).

K. Die Suva stellte mit Schreiben vom 7. Dezember 2021 die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. Dezember 2021 ein mit Übernahme einiger Massnahmen zur Aufrechterhaltung des bisherigen Gesundheitszustandes und stellte die Prüfung weiterer Versicherungsleistungen (Invalidenrente und Integritätsentschädigung) in Aussicht (Vi-act. 670).

L. Zu den aufgelaufenen Akten liess A._____ gegenüber der Suva am 13. Januar 2022 Stellung nehmen (Vi-act. 677). Dergemäss erteilte die IV-Stelle A._____ erneut Kostengutsprache für ein Aufbautraining vom 16. Januar 2022 bis 15. Juli 2022 bei der V._____ (Vi-act. 678), welches per 17. Februar 2022 abgebrochen wurde (Vi-act. 682f.).

M. Mit Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2022 wurde die Einsprache insofern teilweise gutgeheissen, als die Versicherte Anspruch auf eine zusätzliche In-

tegritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5% hat. Im Übrigen wurde die Einsprache abgewiesen (Ziff. 1). Einer allfälligen Beschwerde gegen diesen Entscheid wurde die aufschiebende Wirkung entzogen (Ziff. 2). Es wurden keine Verfahrenskosten erhoben und eine Parteientschädigung wurde nicht ausgerichtet (Ziff. 3).

N. Gegen den Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2022 lässt A. _____ am 29. November 2022 rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz einreichen mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 31. Oktober 2022 sei dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von deutlich mehr als lediglich 10% zusteht.
2. Der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 31. Oktober 2022 sei dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin eine Integritätsentschädigung auf Grund einer Integritätseinbusse von mehr als nur 15% zusteht.
3. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides der Suva vom 31. Oktober 2022 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder das Gericht habe selber ergänzende Abklärungen anzuordnen.
4. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

O. Die Vernehmlassung der Suva erfolgt am 13. Januar 2023. Am 23. Januar 2023 lässt die Beschwerdeführerin die Replik einreichen.

Mit Schreiben vom 24. Januar 2023 ediert der verfahrensleitende Richter die IV-Akten, welche am 30. Januar 2023 eingehen, was gleichentags den Parteien angezeigt wird.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Die Vorinstanz hat das Unfallereignis vom 21. August 2012 und ihre daraus folgende Leistungspflicht sowie ihre Leistungspflicht nach der am 14. September 2017 erfolgten Rückfallmeldung anerkannt. Mit Verfügung vom 26. Januar 2016 sprach die Vorinstanz der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2016 eine Invalidenrente bei einer Erwerbseinbusse von 10% sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10% zu. Mit Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2022 wurde eine zusätzliche Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5% (somit insgesamt 15%) zugesprochen.

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 29. November 2022 beantragt die Beschwerdeführerin eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von deut-

lich mehr als 10% sowie eine Integritätsentschädigung auf Grund einer Integritätsbusse von mehr als 15%.

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist somit die Rentenhöhe sowie die Höhe der Integritätsentschädigung, wobei u.a. die Unfallkausalität bestimmter somatischer und psychischer Beschwerden sowie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin umstritten sind.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.2 Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht.

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 456 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 123 III 110 Erw. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 135 V 465). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteile BGer 8C_801/2017 vom 24.4.2018 Erw. 2; 8C_849/2011 vom 29.5.2012 Erw. 4.1 m.w.H.).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (BGE 138 V 248 Erw. 4; Urteil BGer 8C_801/2017 vom 24.4.2018 Erw. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: Urteil BGer 8C_216/2009 vom 28.10.2009 Erw. 2). Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig

bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, ist die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht entscheidend relevant. Anders ist lediglich in jenen Fällen zu entscheiden, in denen der Sachverhalt für eine einwandfreie Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt ist (BGE 135 V 465 Erw. 5.1).

2.2.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

2.2.4 Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Bundesgerichtsurteil 8C_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C_331/2015 Erw. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1).

2.2.5 Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 Erw. 1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des

Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 5.1).

Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C_855/2018 vom 14.3.2019 Erw. 3.1; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 3.2).

2.2.6 Bei Taggeldern und Heilbehandlung handelt es sich nicht um Dauerleistungen. Der Versicherungsträger kann diese ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 Erw. 2.3.1; Urteile BGer 8C_187/2017 vom 11.8.2017 Erw. 2.3; 8C_176/2016 vom 17.5.2016 Erw. 3.2; 8C_249/2016 vom 1.3.2017 Erw. 3.2).

2.3.1 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Art. 43 Rz. 30). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

2.3.2 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Be-

weisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 Erw. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 Erw. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 Erw. 6.5).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.4.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.4.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

Beratende Ärzte und Vertrauensärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (vgl. Urteil BGer 8C_646/2019 vom 6.3.2020 Erw. 4.3 m.w.H.).

2.4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.4.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammen-

hang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 Zur Vorgeschichte der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten entnehmen, dass sie bereits ab 1990 als Lageristin bei der C._____ AG tätig war, als sie sich im Jahr 1998 zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle anmeldete. Das Begehren wurde jedoch am 6. Oktober 2000 - gestützt auf eine MEDAS-Begutachtung (W._____) mit den für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnosen "Generalisiertes myotendinotisches Schmerzsyndrom" und "St.n. zweimaliger Ganglionoperation am linken dorsalen Handgelenk" sowie einer geschätzten Arbeitsfähigkeit von 70% in der angestammten Tätigkeit - abgelehnt. Danach war die Beschwerdeführerin ab 2001 zu 100% als Hilfsarbeiterin bei einer anderen Firma tätig, bevor sie sich im Jahr 2003 erneut bei der IV-Stelle anmeldete. In der Folge wurde ein MEDAS-Gutachten (W._____) eingeholt, in dem bei der Beschwerdeführerin "Dysthymie und anhaltende somatoforme Schmerzstörung unter dem phänomenologischen Aspekt eines Fibromyalgiesyndroms bei multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren" diagnostiziert und die Arbeitsfähigkeit auf 50% in der angestammten und angepassten Tätigkeit geschätzt wurde. Mit Verfügung vom 28. Dezember 2004 wurde der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. Oktober 2003 bei einem Invaliditätsgrad von 50% eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen. Nach Einleitung einer amtlichen Rentenrevision im Jahr 2007 und Einholung eines Gutachtens bei der E._____, in welchem keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnten, hat die IV-Stelle am 27. Dezember 2010 die Verfügung vom 28. Dezember 2004 widerrufen und festgestellt, dass kein Anspruch auf eine Rente bestehe. Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht mit VGE I 2011 13 vom 20. April 2011 ab (IV-act. 11-1ff./24; 43-1ff./32; 67-1ff./31; 104-1ff./7; vgl. zum Ganzen zit. VGE I 2011 13). In der Folge war die Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2011 wieder bei der C._____ AG tätig, als sie sich schliesslich am 19. Juli 2013 nach ihrem Unfall vom 21. August 2012 erneut bei der IV-Stelle anmeldete (IV-act. 117-1ff./6).

3.2 Gemäss Bagatellunfall-Meldung vom 13. Dezember 2012 ist die Beschwerdeführerin am 21. August 2012 beim Treppensteigen gestürzt und hat sich das rechte Fussgelenk verrenkt (Vi-act. 1). Im Aussendienstbericht vom 16. April 2013 (Befragung vom 12.3.2013) präzisierte die Beschwerdeführerin

gegenüber der Vorinstanz, dass sie sich nach dem Ausrutschen mit der rechten Hand abgestützt hätte, um einen schwereren Sturz zu verhindern, dabei aber das rechte Fussgelenk abgedreht habe. Vermerkt ist ebenso, es bestünden keine früheren schweren Verletzungen oder Krankheiten (Vi-act. 18).

3.3 Neben den im Ingress erwähnten operativen Eingriffen sowie Berichten zu zahlreichen weiteren Behandlungen und Untersuchungen - auf welche soweit erforderlich in den nachfolgenden Erwägungen im Besonderen eingegangen wird - finden sich in den Akten insbesondere folgende Gesamtbeurteilungen des gesundheitlichen Zustandes der Beschwerdeführerin.

3.3.1 Der Hausarzt Dr.med. I. _____ hielt in seinem Bericht an die IV-Stelle vom 8. August 2013 folgende Diagnosen fest (IV-act. 124-1/19):

Grosse osteochondrale Läsion an der medialen Talusschulter rechts
Insuffizienz Ligamentum fibulotalare anterior rechts
St. n. Osteotomie Malleolus medialis rechts und Versorgung der osteochondralen Läsion am Talus mit Debridement und Spongiosaplastik
Revision Ligament am 04.01.2013, 08.04.2013 Osteosynthese Metall Entfernung
2. chronisch Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ED Dr. med. X. _____ 10/2011)
Ausgeprägte sternosymphysale Fehlhaltung mit Schulterprotraktion
MRI der HWS mit mediale Diskushernie L3/L4 ohne Wurzelalternation distaler Vorsprung auf Niveau C5/C6
klinisch keine Diskussymptomatik, myofasziale Schmerzproblematik mit ebenfalls auch konsekutivem Schmerzsyndrom und Triggerpunkten suboccipital rechts betont
Somatoforme Schmerzstörung (Dr. med. O. _____ 09/2010)
Hypertonie
Deutliche depressive Entwicklung
Osteoporose mit DXA vom 06/2011 -2,7 bis -2,3
Diskusläsion Nunokarpale Läsion synovitis und leicht ulnar plus Variante bei St. n.
Radius Fraktur

3.3.2 Aufgrund persistierender Schmerzen im Bereich des Innenknöchels der ventralen Kapsel OSG rechts sowie im Handgelenk rechts meldete die Vorinstanz die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik D. _____ an (Vi-act. 69f.). Der Aufenthalt erfolgte vom 28. August 2013 bis 25. September 2013. Die Diagnosen sowie die zusammenfassende Beurteilung im Austrittsbericht vom 1. Oktober 2013 lauten wie folgt (Vi-act. 87):

Diagnosen

A. Unfall vom 21.08.2012: Treppensturz

A1 Grosse osteochondrale Läsion mediale Talusschulter rechts, Insuffizienz Lig. fibulotalare anterior rechts

- 04.01.2013 Osteotomie Malleolus medialis rechts und Versorgung der osteochondralen Läsion am Talus mit Débridement, Mikrofrakturierung,

Spongiosaplastik, AMIC, Revision Lig. fibulotalare anterior rechts mit Raffung des Bandes

- 08.04.2013 Entfernung zweier Schrauben am Malleolus medialis rechts
- 10.07.2013 Röntgen OSG rechts a. p./seitlich: Im Bereich der ehemaligen Osteotomie vollständige Konsolidation und knöcherne Durchbauung, Osteotomiespalt nicht mehr erkennbar. Keine Stufenbildung im Gelenk. Im Bereich der ehemaligen osteochondralen Läsion Defekt nahezu vollständig aufgefüllt mit homogenem Knochenmuster
- 06.08.2013 MRI OSG rechts: Im Bereich des medialen Anteil des Talus (OP) kleine Stufe von etwa 1,5 mm mit leichten persistierendem Knochenmarködem. Leichtes Knochenmarködem auch im tibialen artikulären Gleitlager

A2 Synovitis Handgelenk rechts, ulnokarpale Diskusläsion und leichte Ulna-Plus-Variante

- 05.03.2013 MRI Handgelenk rechts: Kein Hinweis auf eine Fraktur oder Osteonekrose. Verdacht Riss (partiell?) des Diskus triangularis am ulnaren Ansatz
- 29.05.2013 Handgelenks-Arthroskopie mit arthroskopischer Diskusläsion, Débridierung der Synovitis

B. Anamnestisch Osteoporose, medikamentös behandelt

(...)

Zusammenfassende Beurteilung

(...)

Diagnostische Beurteilung

Mehr als ein Jahr nach oben genanntem Unfall sowie etwa viereinhalb Monate nach der letzten Operation (Entfernung zwei Schrauben Malleolus medialis rechts) wurde A. _____ uns durch Suva Y. _____ zu einer stationären Rehabilitation zugewiesen. Die Patientin klagte ständige, belastungsverstärkte Schmerzen im OSG-Bereich rechts (sie benützt auch 5 Monate nach dem letzten Eingriff bzw. Schraubenentfernung noch immer zwei Unterarmgehstöcke) sowie über eine deutlich eingeschränkte OSG-Beweglichkeit. Klinisch zeigte sich bei Eintritt ohne Gehstockbenützung ein deutlich hinkendes Gangbild mit ausgeprägter Druckdolenz im Narben- sowie vorderen Tibiakanten-Bereich rechts. Des Weiteren zeigte sich eine leicht eingeschränkte OSG-Beweglichkeit sowie ganz diskrete Schwellung im OSG-Bereich rechts. In der erst kürzlich, noch im Vorfeld des Aufenthaltes durchgeführten MRI-Untersuchung zeigte sich im medialen Anteil des Talus eine kleine Stufe von etwa 1.5 mm mit einem leichten, persistierenden Knochenmarködem. Im tibialen, artikulären Gleitlager fand sich ebenfalls ein Knochenmarksödem. Diese Befunde dürften das Korrelat bilden für die seitens der Patientin geltend gemachten Beschwerden. Das Ausmass der demonstrierten Schmerzsymptomatik erscheint hingegen überzeichnet und ist am ehesten in Zusammenhang zu bringen mit einem dysfunktionalen Umgangsmuster der Beschwerden, gekennzeichnet auch durch den fortwährenden Stockgebrauch, für welchen es nach allgemeiner Erfahrung nach dieser relativ langen Zeitspanne seit den letzten Eingriffen keine überzeugende Erklärung gibt.

Bei ausreichender, auswärtiger Diagnostik im prästationären Umfeld verzichteten wir auf die Durchführung weiterer, diagnostisch-bildgebender Massnahmen.

Bezüglich Handgelenksproblematik berichtet die Patientin über eine deutlich bessere Situation nach der Operation im März 2013. Sie stand denn auch aktuell im Hintergrund.

Gesamthaft betrachtet kann man aufgrund der Diagnosen, klinischen und radiologischen Befunde die aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen zwar in ihrer Lokalisation, jedoch nicht in ihrer gezeigten Intensität gänzlich erklären.

Therapeutische Massnahmen und Verlauf

(...)

Die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm wiesen auf eine mässige Symptomausweitung hin. Die Beschreibung der Schmerzen war eher undifferenziert, das Schmerzverhalten nicht ganz adäquat. Das Leistungsverhalten beurteilen wir als mässig. Die Konsistenz war mässig (es fanden sich einige Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten). Das Verhalten bezüglich Rehabilitation werten wir insgesamt jedoch als positiv (die Patientin zeigte sich bemüht, die Termine einzuhalten und die Trainingsübungen instruktionsgemäss durchzuführen).

(...)

Zusammenfassend konnte keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit konnten beim Training jedoch gesteigert werden. Bezüglich des stockfreien Gehens konnte insgesamt eine geringfügige Verbesserung erreicht werden.

Die Patientin ging am Schluss kurze Strecken innerhalb des Trainingsraumes ohne Stock und benützt für längere Strecken nur noch eine Unterarmgehstütze.

Funktionsfähigkeit und Behinderung, berufliche und soziale Auswirkungen bei Austritt

Die arbeitsrelevanten Probleme sind belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen im OSG-Bereich rechts sowie leichte, belastungsabhängige Schmerzen im Handgelenk rechts, wobei die Beschwerden durch eine erhebliche Symptomausweitung funktionell überlagert werden.

A._____ arbeitete bisher als Lager-Hilfsarbeiterin, eine körperlich mittelschwere Arbeit. Sie erfordert auch ganztags Stehen/Gehen. Aufgrund der erlittenen Unfallverletzungen am rechten OSG ist diese Tätigkeit zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht zumutbar.

Denkbar wäre derzeit höchstens ein Einsatz in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit. Die Patientin machte jedoch erhebliche Bedenken geltend, ob es ihr aktueller Zustand erlaube, eine entsprechende Verweistätigkeit aufzunehmen.

3.3.3 Am 3. März 2014 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr.med. P._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH) (Vi-act. 118). Gegenüber dem Kreisarzt äusserte die Beschwerdeführerin Belastungs- und Bewegungsschmerzen im Bereich des rechten Handgelenkes, welche bis zur Schulter ausstrahlen würden. Sie könne maximal eine leichte Einkaufstasche tragen. Beim rechten Fuss habe sie Belastungsschmerzen. Ohne Gehstock könne sie nicht gehen, zeitweilig würde das

ganze Bein schmerzen. Zum Abend hin stelle sie eine Schwellneigung des rechten Sprunggelenkes fest. Behandlungsmassnahmen seien sistiert worden, nach Bedarf nehme sie Novalgin-Tabletten oder -Tropfen und Lodine ein. Sie arbeite als Lagermitarbeiterin zwei Stunden täglich mit wechselnder Körperhaltung.

In der Beurteilung verwies Dr.med. P._____ aktuell auf die verminderte Belastbarkeit des rechten Sprunggelenkes bei marginaler endgradiger Bewegungseinschränkung. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden liessen sich teilweise aufgrund der vermehrten Beschwielung des lateral linksseitigen Fussrandes nachvollziehen. Das OSG weise eine diskrete Schwellung der Gelenkkapsel ohne Hinweise auf eine intraartikuläre Ergussbildung auf. Zur Untersuchung erscheine die Beschwerdeführerin in Begleitung einer Bekannten mit einem Gehstock. Das Gangbild sei hinkend unter weitgehender Entlastung des rechten Beines und reduzierter Abrollbewegung im rechten OSG. Hinweise für eine übermässige Schonung des rechten Beines liessen sich bei nahezu seitengleichen Umfangswerten nicht objektivieren. Die Beweglichkeit des rechten OSG's sei nur endgradig marginal bezüglich der Extension eingeschränkt. Die Supination und Pronation seien bei festem Bandhalt des OSG's normosom. Bezüglich der Funktion des rechten Handgelenkes liessen sich keine Einschränkungen objektivieren. Unter Berücksichtigung des Szintigraphiebefundes vom 5. Februar 2014 sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde ergebe sich folgendes Zumutbarkeitsprofil. Leichte bis selten mittelschwere vollschichtige Tätigkeit in wechselnder Körperhaltung mehr sitzend als stehend ohne Steigen auf Leitern und Gerüste, ohne Zwangshaltungen wie Hocken und Knien, ohne Tätigkeiten in Schräglagen sowie auf unebenem Untergrund. Bezüglich Schätzung eines allfälligen Integritätsschadens sei die Anfertigung aktueller Röntgenaufnahmen des rechten OSG's ap und seitlich sowie des rechten Handgelenkes ap und seitlich erforderlich.

3.3.4 Am 3. Dezember 2015 erfolgte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch med.pract. K._____ (Facharzt für Neurochirurgie). Die Beurteilung lautete wie folgt (Vi-act. 281):

Die Versicherte leidet unter einem chronisch, wahrscheinlich neuropathischem Schmerzsyndrom des oberen Sprunggelenkbereichs rechts. Hinweise für ein CRPS bestehen aktuell nicht. Im Rahmen der aktuellen Befunde besteht eine massive Bewegungs- und Belastungseinschränkung. Die Versicherte ist weiterhin nur an Unterarmgehstöcken mobilisiert mit einer Gehzeit von ca. 10 Min. In allen bisherigen stationären Behandlungen, multimodalen Schmerzbehandlungen, interventionellen schmerztherapeutischen Behandlungen konnte keine Beschwerdebesserung erzielt werden. Aktuell berichtet die Versicherte, dass am 10.12.2015 noch eine Verlaufskontrolle in der orthopädischen Klinik der Uniklinik

R._____ bei Dr. Z._____ geplant ist. Dort soll allfällig die Möglichkeit einer OSG-Prothese diskutiert werden. Gemäss kurzfristiger telefonischer Rücksprache mit Dr. Z._____ soll in diesem Treffen zwischen der Möglichkeit einer Prothesenversorgung, eine Arthrodesse oder letztendlich "keine weitere operative Massnahme" entschieden werden.

Unter der aktuell gegebenen Situation erstreckt sich das Zumutbarkeitsprofil der Versicherten auf eine rein sitzende Tätigkeit bestenfalls mit der Möglichkeit das Bein zwischenzeitlich hoch zu lagern. Gehstrecken bis 50 m können selten, unter der Zuhilfenahme von Unterarmgehstöcken bewältigt werden. Stehende Arbeitstätigkeiten, hockende Tätigkeiten oder Tätigkeiten im Knien sind nicht durchführbar. Treppensteigen nur im Bedarfsfall bis eine Etage. Kein Heben und Tragen von Gewichten über fünf Kilo. Falls Gehstrecken zu absolvieren sind nur auf ebenem Grund. In diesem Profil ist eine ganztägige Tätigkeit zumutbar.

Die angestammte Tätigkeit als Lageristin ist in der gegebenen Situation nicht mehr zumutbar. Für den Fall einer weiterführenden operativen Therapie mittels Prothese oder Arthrodesse ist grundsätzlich nicht davon auszugehen, dass die Versicherte sich wieder in diese körperlich belastende, rein stehende Tätigkeit integrieren lässt. Zur Aufrechterhaltung des bisherigen Gesundheitszustandes können der Versicherten gemäss Art. 21 UVG zwei Serien Physiotherapie pro Jahr zugeteilt werden.

Die Schäden sind gravierend und dauerhaft, sodass der Versicherten eine Integritätsentschädigung geschuldet ist. Diese wird als Nachtrag zu dieser kreisärztlichen Untersuchung nach Abschluss der Verlaufsuntersuchung bei Dr. Z._____ am 10.12.2015 beurteilt.

3.3.5 Am 4. Januar 2016 erachtete der Kreisarzt med.pract. K._____ den Endzustand als erreicht, weil unter Berücksichtigung des Verlaufs und der Untersuchungsbefunde durch weitere medizinische Behandlungen überwiegend wahrscheinlich von keiner namhaften Besserung ausgegangen werden könne. Es bestehe eine mässige OSG Arthrose, welche gemäss Tabelle 5 UVG mit 5 - 15% eingestuft werde. Im gegebenen Fall halte er eine Integritätsentschädigung von 10% für gerechtfertigt und geschuldet (Vi-act. 292).

Mit Verfügung vom 26. Januar 2016 sprach die Vorinstanz eine Invalidenrente bei einer Erwerbseinbusse von 10% sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10% zu (Vi-act. 300).

3.3.6 Mit Schreiben vom 17. März 2016 nahm der Hausarzt Dr.med. I._____ zur Beurteilung der Vorinstanz Stellung. Es sei der Beschwerdeführerin nicht zumutbar sofort den ganzen Tag zu arbeiten. Sie leide massiv unter Schmerzen, nicht nur beim OSG. Aufgrund der Operation gehe die Beschwerdeführerin immer noch an einem Stock, ohne welchen sie gehunfähig sei. Dadurch hätten sich massive Rückenschmerzen, Schulterbeschwerden und Kopfschmerzen eingestellt, welche die Beschwerdeführerin stark behindern würden. Es sei zuzugeben, dass eine Teilzeitbeschäftigung besonders sitzend durchaus möglich

sei, nicht aber eine ganztägige Beschäftigung. Es seien schon mehrere Versuche gestartet worden, die alle gescheitert seien. Abschliessend führt Dr.med. I._____ aus, dass die Beschwerdeführerin unter chronischen Schmerzen leide, und dass es sich nicht um eine somatoforme Schmerzstörung handle, zumindest in erster Linie nicht, sondern um Folgen ihrer Beschwerden der Operationen des OSG. Zudem sei die Beschwerdeführerin durch die chronischen Beschwerden deutlich depressiv geworden (Vi-act. 315).

3.3.7 Das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie) wurde am 15. August 2016 erstellt. Die Diagnosen und Gesamtbeurteilung lauten wie folgt (Vi-act. 330):

5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronische Beschwerden im Bereich des rechten Sprunggelenkes (ICD-10 M79.67/Z98.8/M93.87)
 - Status nach Osteotomie des Malleolus medialis und Versorgung einer osteochondralen Läsion talar medial mit Débridement Mikrofrakturierung, Spongiosaplastik und AMIC sowie Revision des Ligamentums fibulotalare anterius samt Raffung am 4.1.2013 (Dr. F._____)
 - Status nach Entfernung der beiden Schrauben am Malleolus medialis am 8.4.2013 (Spital AA._____)
 - Status nach supramalleolärer Closing wedge-Osteotomie am 8.9.2014 (PD Dr. AF._____, Uniklinik R._____)
 - radiologisch Synovitis des oberen Sprunggelenkes (MRI 20.8.2015)
 - kein relevantes Ansprechen auf Steroidinfiltration des OSG am 24.2.2015 (Uniklinik R._____)
 - kein relevantes Ansprechen auf Steroidinfiltration des OSG am 20.10.2015 (Uniklinik R._____)
 - klinisch keine klar fassbare Läsion

5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
 - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
2. Chronischer Nikotinabusus, ca. 10 packyears (ICD-10 F17.1)
3. Status nach Entfernung eines dorsalen Handgelenksganglions links am 06.11.1995 und erneutem Eingriff bei lokalem Rezidiv 1996 (Dr. AB._____) (ICD-10 Z98.8)
4. Status nach Dekompression der Daumenbeugesehnen beidseits 2007 (Spital AA._____) (ICD-10 Z98.8)
5. Status nach Dekompression des ersten Strecksehnenfaches, Erweiterungsplastik und Tenolyse des Beugesehnenapparates am 17.03.2008 links bei Tendovaginitis stenisans de Quervain links (Dr. AC._____) (ICD-10 Z98.8)

6. Status nach Handgelenksarthroskopie und Debridement einer Diskusläsion rechts am 29.5.2013 (Dr. G. _____) (ICD-10 Z98.8)

6. Gesamtbeurteilung

Die Konklusion dieses Gutachtens wurde durch einen multidisziplinären Konsensus mit den unterzeichneten Untersuchern erarbeitet.

6.1 Allgemeines

(...)

6.2 Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in anderen Tätigkeiten

Die Explorandin berichtet, keine Berufsausbildung absolviert, nach der 1989 erfolgten Einreise in die Schweiz während zehn Jahren als Lageristin mit Belastungen von bis zu 35 kg und zuletzt stets stehend in der Montage gearbeitet zu haben, wobei sie bis zu 8 kg schwere Gegenstände bewegt hätte. Gemäss Schlussbericht des Berufsberaters der IV-Stelle Schwyz vom 28.7.2000 hatte es sich dagegen bei erstgenannter Arbeit ausschliesslich um eine leichte bis leichteste Tätigkeit gehandelt. Eine angestammte Tätigkeit ist insgesamt nicht klar zu definieren.

Aufgrund der heutigen Untersuchung besteht aus rein orthopädischer Sicht für körperlich leichte, zumeist sitzende Tätigkeiten unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, das Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund sowie die Einnahme kniender und hockender Positionen sollten dabei vermieden werden. In Anbetracht der heute erhobenen Befunde sollte es bei einer derartigen Tätigkeit im Vergleich zum jetzigen Alltagsleben kaum zu einer wesentlichen Schmerzprovokation kommen, sodass diese auch zumutbar ist. Aufgrund der im Bereich des rechten Sprunggelenkes beklagten Beschwerden sind lediglich körperlich andauernd mittelschwere und schwere sowie überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten ungeeignet und sollten der Explorandin nicht zugemutet werden.

Aus neurologischer und aus allgemeininternistischer Sicht finden sich keine weiteren Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Auch aus psychiatrischer Sicht kann keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Ausser der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren kann keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Der Explorandin kann es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags nachgehen zu können.

Insgesamt kann somit aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in körperlich leichten, gut adaptierten Tätigkeiten festgestellt werden. Für körperlich andauernd mittelschwere und schwere sowie überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten besteht eine Arbeitsunfähigkeit.

6.3 Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Aus rein orthopädischer Sicht kann die zum Zeitpunkt des E. _____-Gutachtens vom 11.12.2008 festgestellte Arbeitsfähigkeit unverändert bis Dezember 2012 bestätigt werden. Ab der am 4.1.2013 erstmals durchgeführten Sprunggelenksoperation kann eine vollständige Arbeitsunfähigkeit längstens bis sechs Monate nach dem letzten, am 8.9.2014 durchgeführten Eingriff, also bis

März 2015 angenommen werden. Ab April 2015 kann die aktuelle Arbeitsfähigkeit über die Zeit gemittelt bestätigt werden.

Weder aus neurologischer, allgemeininternistischer und psychiatrischer Sicht kann retrospektiv gesehen in der Vergangenheit eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden.

6.4 Stellungnahme zur Selbsteinschätzung der versicherten Person/ Inkonsistenzen

Es besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen unserer Beurteilung und der Selbsteinschätzung der Explorandin, welche sich für gar nicht mehr arbeitsfähig hält. Ursächlich für diese Diskrepanz sind wahrscheinlich sowohl die psychiatrische Diagnose einer chronischen Schmerzstörung, welche naturgemäss mit einer Selbstlimitierung einhergeht, als auch IV-fremde Faktoren wie die fehlende berufliche Ausbildung, die geringen Sprachkenntnisse, der schwierige Arbeitsmarkt, die jahrelange Arbeitsabstinenz und ein wahrscheinlich vorhandener sekundärer Krankheitsgewinn.

6.5 Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen

Frühere ärztliche Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit bezogen sich in erster Linie auf Diagnosen des Bewegungsapparates. Diesbezüglich verweisen wir auf die ausführliche Stellungnahme im orthopädischen Teilgutachten in Abschnitt 4.2.8.

6.6 Medizinische Massnahmen

Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit können keine vorgeschlagen werden.

Aus orthopädischer und aus neurologischer Sicht können keine Vorschläge zur Verbesserung des Gesundheitszustandes gemacht werden. Aus allgemeininternistischer Sicht sollte ein konsequenter Nikotinstopp angestrebt werden.

Aus psychiatrischer Sicht bestehen keine Therapieoptionen. Die subjektive Krankheitsüberzeugung wird sich auch durch eine psychiatrische Behandlung kaum wesentlich beeinflussen lassen.

6.7 Berufliche Massnahmen

Berufliche Massnahmen werden aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar sein und können deshalb nicht empfohlen werden.

6.8 Zusammenfassung

Bei der Explorandin kann aus polydisziplinärer Sicht eine quantitativ uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in körperlich leichten, gut adaptierten Tätigkeiten festgestellt werden. Für körperlich andauernd mittelschwere und schwere sowie überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten besteht eine Arbeitsunfähigkeit. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit können keine vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen können aufgrund zu geringer Erfolgsaussichten nicht empfohlen werden.

3.3.8 Der Kreisarzt Dr.med. N._____ äusserte am 22. März 2021 folgende provisorische Zumutbarkeitsbeurteilung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Vi-act. 606): "leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen, ohne grössere Gehstrecke

(voraussichtlich nicht mehr als 4x tgl. 500m an Vorderarmstücken mit 500m am Stück, um z.B. ÖV zu Fahrt zu allfälligem Betrieb zu benutzen - gemäss Aussage der Versicherten v. 10.6.20 werden die Gehhilfen offenbar weiterhin benötigt), ohne Laufen auf unebenem Gelände, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten in Tiefhocke, vollschichtig ganztags medizinisch-theoretisch bei der fast 60-jährigen denkbar".

3.3.9 Am 24. November 2021 erfolgte die kreisärztliche Untersuchung und folgende Beurteilung durch Dr.med. N._____ mit folgenden Diagnosen (Vi-act. 661):

Unfallkausale Diagnosen

Chronisch posttraumatische und postoperative OSG Schmerzsyndrom rechts

- multifaktorielle Schmerzursache mechanisch / neuropathisch bei Status nach OSG-Arthrodese, postoperativen degenerativen sowie sekundär muskuloskelettalen Veränderungen
- Status nach Treppensturz am 21.08.2012

Operationen:

- Status nach kompletter Osteosynthesematerialentfernung, Sampling, Anfrischung anteriore OSG Arthrodese und Anlagerung autologe Spongiosa (distale Tibia) Fuss rechts am 11.12.2020
- Status nach Osteosynthesematerialentfernung laterale Fibula u. Schraubenwechsel OSG Arthrodese rechts am 16.11.2018
- Status nach partieller OSME OSG rechts u. OSG-Arthrodese OSG rechts am 25.08.2017
- Status nach supramalleoläre Closing Wedge-Osteotomie am 08.09.2014
- Status nach Schraubenentfernung Malleolus medialis rechts am 08.04.2013
- Status nach AMIC-Plastik über mediale Malleolarosteotomie u. Revision des Ligamentum fibulotalare anteriore rechts, am 04.01.2013 bei symptomatischer, posttraumatischer osteochondraler Läsion der medialen Talusschulter, Status nach Verdacht auf CRPS 1 03/2013

Fragliche unfallkausale Diagnosen

Status nach Handgelenksarthroskopie mit arthroskopischer nachgewiesener Diskusläsion und Débridierung der Synovitis rechtes Handgelenk am 29.05.2013 ohne objektivierbare Bewegungseinschränkung sowie bereits gemäss kreisärztlicher Untersuchung vom 03.03.2014 ohne funktionales Defizit, wie auch heute.

Nicht unfallkausale Diagnosen

Verdacht auf Innenmeniskusläsion degenerativer Natur linkes Kniegelenk

Beurteilung

(...)

Inzwischen ist eine chronische OSG-Schmerz-Problematik nach Trauma 2012 sowie den bisher durchgeführten sechs Operation eingetreten, welche sich auch durch die finale Versteifungsoperation des rechten OSG nicht wesentlich gebessert hat. Die Schmerzambulanz vom U._____(Spital) wurde im März 2021 zur

adjuvanten Schmerztherapie mit involviert. Diagnostische Nervenblockaden wurden nun aktuell von der Versicherten nicht mehr gewünscht.

Vergleicht man die von der Versicherten subjektiv angegebene schmerzarme Gehzeit, so hat sich diese im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung von 10min auf nun maximal 1h gebessert.

Am 22.03.2021 wurde vom Unterzeichner ein provisorisches Belastbarkeitsprofil für den allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt festgelegt, wonach leichte Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen, ohne grössere Gehstrecken (voraussichtlich nicht mehr als viermal täglich 500 Meter an Vorderarmgehstöcken), ohne Laufen auf unebenem Gelände, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten in tiefer Hocke, vollschichtig ganztags medizin-theoretisch bei der 60-jährigen denkbar wären.

Inzwischen erfolgte die Vorstellung in der Rheumatologie in der Universitätsklinik R._____, auch hier wurde ein persistierendes chronisches Schmerzsyndrom am rechten Fuss attestiert, welches teilweise mechanisch bedingt, teilweise neuropathisch bedingt ist. Anhaltspunkte für ein CRPS wurden nicht gesehen. Eine geeignete Schuhversorgung über die technische Orthopädie wurde angeregt.

Diese erfolgte dann in der technischen Orthopädie in der Universitätsklinik R._____, hier wurde ein orthopädischer Serienschuh knöchelübergreifend mit stabilisierendem Schaft empfohlen, ferner mit Absatzerhöhung und einem vermehrten Spitzenhub auf der rechten Seite für ein besseres Abrollen.

Gemäss den Angaben der Versicherten sind diese Schuhe gerade in Arbeit, sie werden ihr per Post zugeschickt. Die nächste Kontrolle im R._____ ist für den 10.12.2021 zur Schuhanpassung und Anprobe vorgesehen.

Bezüglich des rechten Handgelenkes wurden am 27.06.2013 im Rahmen einer Kick-Off-Veranstaltung mit dem Kreisarzt die Handgelenksbeschwerden primär nicht als Unfallfolge gewertet. In der kreisärztlichen Untersuchung vom 03.03.2014 wurde die Handgelenksdiagnose im Untersuchungsbericht mitaufgenommen. In der kreisärztlichen Untersuchung vom 03.12.2015 findet das rechte Handgelenk wiederum keinerlei Erwähnung, da in der vorgängigen klinischen Untersuchung vom 03.03.2014 auch nicht relevant und ohne Funktionseinschränkung beschrieben - wie auch aktuell.

Angesicht des Belastbarkeitsprofils, welches im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 03.12.2015 festgelegt wurde, ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass das Handgelenk damals berücksichtigt wurde, da ein Heben und Tragen von Gewichten über fünf Kilogramm nicht zumutbar erschienen. Damals wurde eine reine sitzende Tätigkeit, bestenfalls mit der Möglichkeit, das Bein zwischenzeitlich hochzulagern, sowie Gehstrecken bis 50 Meter selten unter Zuhilfenahme von Unterarmgehstützen als zumutbar beschrieben. Stehende Arbeitstätigkeiten, hockende Tätigkeiten oder Tätigkeiten im Knien wurden mit nicht durchführbar beschrieben, Treppensteigen nur im Bedarfsfall bis eine Etage, sowie kein Heben und Tragen von Gewichten über fünf Kilogramm. Falls Gehstrecken zu absolvieren sind, dies nur auf ebenen Untergrund. In diesem Profil sei eine ganztägige Tätigkeit zumutbar.

Nach der heute durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung kann diesem bereits im Jahre 2015 beurteilten Belastbarkeitsprofil vollumfänglich entsprochen werden. Aufgrund der heutigen Untersuchung mit voller Beweglichkeit beider Handgelenke ohne relevanter Kraftminderung sowie der bereits im Jahre 2014 zu Grunde gelegten Aussage, dass keinerlei Funktions- oder Kraftdefizit im rechten Handgelenk resultieren, ist eine zusätzliche Einschränkung des oben genannten Belastbarkeitsprofils hinsichtlich der Hand nicht gegeben. Ferner ist zu

konstatieren, dass die Handgelenksoperation bislang von der Suva auch übernommen wurden und in den Diagnosen der Kreisarztuntersuchungen im Jahre 2015 ebenfalls auftaucht, sodass bei fraglicher Unfallkausalität eine Übernahmeverpflichtung derselben sowie die allfällige Übernahme von Spätfolgen seitens der Administration zu überprüfen ist.

Die Versicherte wurde darauf aufmerksam gemacht, dass das linke Kniegelenk nicht zu Lasten der Suva geht, da es sich hierbei um sogenannte indirekte Unfallfolgen handelt, dies versteht die Versicherte sowie ihre Tochter auch sehr gut.

Von einer weiteren Behandlung kann überwiegend wahrscheinlich keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes am inzwischen versteiften rechten OSG erzielt werden, die Chronifizierung hat nach den vielen Operationen inzwischen nach neun Jahren aus schmerztherapeutischer und fachorthopädischer Sicht ihren schmerztherapeutischen Höhenpunkt bereits überschritten. Die Versicherte ist auch nicht mehr bereit, sich schmerztherapeutisch noch weiter behandeln zu lassen, sie möchte weder Injektionen noch Operationen. Dies ist durchaus verständlich nach der langen Krankheitsanamnese.

Über das angepasste Schuhwerk kann allenfalls das bereits jetzt schon als sehr gut zu bezeichnende Abrollverhalten im bereits getragenen orthopädischen Schuhwerk mit 2 cm Sohlenerhöhung, Pufferabsatz und Abrollhilfe nur noch minim, jedoch nicht namhaft verbessert werden.

Die Unfallfolgen haben sich seit dem 02.12.2015 dahingehend wesentlich verändert, als dass inzwischen eine OSG-Arthrodeese mit mehrfachen Revisionen erfolgte. Änderungen am Belastbarkeitsprofil haben sich hieraus jedoch nicht ergeben: Das bereits am 03.12.2015 festgelegte Belastbarkeitsprofil von Kreisarzt K. _____ war bereits sehr vorausschauend formuliert worden und hat auch noch jetzt vollumfänglich Gültigkeit, respektive kann nach der heute getätigten, inzwischen dritten kreisärztlichen Untersuchung erneut bestätigt werden.

Das im Gutachten aus 2016 angegebene Belastbarkeitsprofil mutete der Versicherten eher mehr zu, was angesichts der Chronifizierung eher weniger realistisch und realisierbar erscheint.

Bezüglich der Frage, ob die sechsmonatliche Prolia-Injektion unfallkausal ist, erbitte ich einen Bericht von der Hausärztin Dr. AD. _____, aus der die Indikation für die Prolia-Injektion, welche gemäss kurzem Bericht von Dr. AD. _____ seit 2015 bei der Versicherten angewendet wird, hervorgeht.

Es gilt die Frage zu klären, ob die Injektion von Prolia aufgrund einer generalisierten erkrankungsbedingten Osteoporose durchgeführt wird, oder aufgrund der unfallkausalen und im Röntgen sichtbaren Osteopenie des rechten Fusses und des rechten Unterschenkels.

Im erstgenannten Fall gingen die weiteren Prolia-Injektionen zu Lasten der Krankenkasse, im zweiten Fall wären sie seitens der Suva zur Übernahme zu empfehlen.

Ebenso zur Übernahme zu empfehlen sind die analgetische Medikation mit Dafalgan und Novalgin, ebenso würde ich empfehle, die Therapie mit Vitamin D und Kalzium unfallkausal fortzusetzen und ebenfalls zur Übernahme empfehlen. Dies aufgrund der Osteopenie des rechten Fusses und des distalen Unterschenkels.

Ferner ein paar orthopädische Serienschuhe für den Sommer und ein weiteres Paar für den Winter, sowie zusätzlich ein paar Hausschuhe mit entsprechender Schuhzurichtung in Form von Sohlenerhöhung, mit vermehrtem Spitzenhub respektive Pufferabsatz und Abrollhilfe.

Sollte die Versicherte eine adjuvante schmerztherapeutische Beratung / Begleitung wünschen, wäre auch dies aufgrund des chronifizierten Schmerzsyndroms seitens der Suva zur Übernahme zu empfehlen.

Die weiterführende Abklärung und Therapie des linken Kniegelenkes gehen zu Lasten der Krankenkasse.

Bei der Überprüfung der Integritätsentschädigung wurde bislang eine IE von 10 % geschätzt, diese ist gemäss Tabelle 5 Integritätsschaden bei Arthrodesen um 5 % auf insgesamt 15 % zu erhöhen.

Die Hausärztin bestätigte am 30. November 2021, dass die Prolia-Injektion aufgrund einer Erkrankung durchgeführt werde, nicht unfallbedingt (Vi-act. 663).

4.1 Im konkreten Fall ist unbestritten, dass die Verletzungen am rechten Fussgelenk der Beschwerdeführerin, die daraus resultierenden Operationen und die dadurch verbliebenen somatischen Beschwerden am rechten Fussgelenk grundsätzlich unfallkausal sind. Die Beschwerdeführerin macht jedoch geltend, dass auch die Beschwerden am Handgelenk, psychische Beschwerden sowie überwiegend wahrscheinlich auch die Nacken-, Rücken- und Kopfschmerzen unfallbedingt seien. Letztere, weil das Bein der Beschwerdeführerin nach all den Operationen um ca. 2 cm kürzer sei, was zu einer Fehlhaltung mit entsprechenden Beschwerden geführt habe. Sodann habe die Beschwerdeführerin einen Fast-Sturz erlitten und sich am Knie verletzt, weil ihr Fuss instabil sei.

Nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Beschwerden - neben den Beschwerden am Fussgelenk rechts - auf das Unfallereignis vom 21. August 2012 zurückzuführen und somit unfallkausal sind.

4.2 Dem angefochtenen Einspracheentscheid lässt sich (lediglich) entnehmen, dass die unfallfremden Beschwerden im Bereich des Rückens, der HWS, der Schultern, des Kopfes und des linken Kniegelenks nicht zu berücksichtigen sind (Erw. 3a).

Des Weiteren wurde die Frage, ob die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin in einem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 21. August 2012 stehen, geprüft und verneint. Sodann hätten die psychischen Beschwerden ohnehin keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (angefochtener Einspracheentscheid Erw. 3b und 3d).

4.3 Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen. So können unfallbedingte Fehlbelastungen (wegen Fuss- und Beinverletzungen, Beinlängenverkürzung usw.) im Sinne mittelbarer resp. indirekter Unfallfolgen z.B. zu Rückenbeschwerden führen. Auch wenn solche Beschwerden nicht direkt traumatisch bedingt sind, ist die (natürliche) Kausalität zu bejahen, wenn der Unfall nicht weggedacht werden

kann, ohne dass die eingetretene (mittelbare) gesundheitliche Störung entfiel. Ob eine solche mittelbare bzw. indirekte Unfallfolge gegeben ist, muss allerdings im Einzelfall medizinisch abgeklärt werden (RKUV 2003 Nr. U 487, S. 337 Erw. 5.2.2 [U 38/01]; vgl. auch Bundesgerichtsurteile 8C_620/2015 vom 24.3.2016 Erw. 3.1; 8C_747/2013 vom 18.3.2014 Erw. 3.2; 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.3; 8C_456/2009 vom 28.7.2009 Erw. 5.2; VGE I 2016 111 vom 16. März 2017 Erw. 1.2.3).

4.4.1 Betreffend die Beschwerden im Bereich des Rückens, der HWS, der Schultern und des Kopfes ergibt sich aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen was folgt.

Bereits vor dem Unfall wurden bei der Beschwerdeführerin ein generalisiertes myotendinotisches Schmerzsyndrom sowie migräneforme Kopfschmerzen (vgl. MEDAS-Gutachten vom 26.2.1999) bzw. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit subjektiven Schmerzangaben am ganzen Körper, wobei explizit auch Kopf- und Rückenschmerzen (degenerative Veränderungen der LWS wurden von Dr.med. X._____ [FMH Rheumatologie] bereits 2003 diagnostiziert, vgl. Vi-act. 330 S. 10) angegeben wurden, diagnostiziert (MEDAS-Gutachten vom 28.9.2004 und E._____-Gutachten vom 11.12.2008). Der Hausarzt Dr.med. I._____ verwies in seinem Bericht vom 8. August 2013 auf das bereits vor dem Unfall diagnostizierte chronisch zervikospondylogene Schmerzsyndrom und die (ebenfalls vor dem Unfall diagnostizierte) somatoforme Schmerzstörung. Bei den folgenden Diagnosen lässt sich der Beginn der Beschwerden aus dem Bericht jedoch nicht entnehmen: Die "ausgeprägte sternosymphysale Fehlhaltung mit Schulterprotraktion", das "MRI der HWS mit medialer Diskushernie L3/L4 ohne Wurzelalteration distaler Vorsprung auf Niveau C5/C6" sowie die klinisch fehlende "Diskussymptomatik, myofasziale Schmerzproblematik mit ebenfalls auch konsekutivem Schmerzsyndrom und Triggerpunkten suboccipital rechts betont" (vgl. vorstehende Erw. 3.3.1).

Gegenüber dem Kreisarzt Dr.med. P._____ äusserte die Beschwerdeführerin am 3. März 2014 Belastungs- und Bewegungsschmerzen im Bereich des rechten Handgelenkes, welche bis zur Schulter ausstrahlen würden (vgl. vorstehende Erw. 3.3.3). Damals wurde noch eine Tätigkeit in wechselnder Körperhaltung mehr sitzend als stehend als zumutbar erachtet (vgl. Vi-act. 118) und befand sich die Beschwerdeführerin in einem Arbeitsversuch (vgl. Ingress lit. D). Im April 2015 verordnete der Hausarzt der Beschwerdeführerin Physiotherapie auch betreffend Schulterschmerzen und teilte gegenüber der Vorinstanz mit, dass diese Schmerzen eindeutig mit den Gehstöcken zusammenhängen würden (vgl. Vi-act. 225 und 235). Diese Aussage bestätigte der Hausarzt gegenüber der Vorinstanz

am 17. März 2016, wobei er neben Schulterbeschwerden zudem massive Rücken- und Kopfschmerzen erwähnte (Vi-act. 315).

In der ärztlichen Beurteilung vom 26. Juni 2015 hielt der Kreisarzt Dr.med. J._____ zu den - in letzter Zeit beklagten - Schulterschmerzen fest, dass es während des Unfalles Ende August 2012 nicht zu einer Schädigung der Schultern gekommen sei. Es würden also keine direkten Unfallfolgen vorliegen. Es sei nachvollziehbar, dass es durch das veränderte Gangbild und die Benutzung von Stöcken zu muskulären Verkrampfungen gekommen sei, welche physiotherapeutisch anzugehen seien. Zur Arbeitsfähigkeit und zum Belastbarkeitsprofil äusserte sich Dr.med. J._____ nicht (vgl. Vi-act. 239).

Gemäss dem interdisziplinären E._____ -Gutachten vom 15. August 2016 gab die Beschwerdeführerin u.a. seit dem Unfall bestehende belastungsabhängige Schmerzen im rechten Handgelenk und belastungsabhängige Knieschmerzen beidseits an. Zudem bestünden seit langem chronische Schmerzen im Bereich des Nackens, beider Schultern und im Kopf. Diese Schmerzen seien durch den Treppensturz viel schlimmer geworden. Mindestens seit 2008 leide sie zudem an lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen ins linke Bein, vor allem nach längerem Gehen oder Stehen (Vi-act. 330 S. 10). Im E._____ -Gutachten wurde betreffend die vorliegend streitigen Beschwerden die psychiatrische Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bzw. eines chronischen unspezifischen multilokulären Schmerzsyndroms festgehalten, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (Vi-act. 330 S. 31). Damals wurde jedoch keine Beinlängendifferenz festgestellt. Zudem wurde ein Schulter- und Beckengeradstand festgehalten (Vi-act. 330 S. 20).

In der Folge wurde die Beschwerdeführerin noch weitere drei Mal operiert. Inzwischen ist mit kreisärztlicher Abschlussuntersuchung vom 24. November 2021 eine Beinlängendifferenz von 2 cm ausgewiesen. In der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung konnte Dr.med. N._____ zudem ohne Schuhe im Barfussgang ein rechtshinkendes Dreipunktengangbild, ein von hinten leichter Beckentiefstand rechts mit links-rechts konvexer skoliotischer Fehlhaltung feststellen. Neu wird auch ein fixierter Spitzfuss in D/P 0-10-10° diskreter Plantarflexionsstellung erwähnt. Unterschiede zeigten sich auch bei den Umfangmassen des Unterschenkels.

4.4.2 Trotz der erwähnten - sich von der E._____ -Begutachtung vom August 2016 und auch von weiteren früheren (kreisärztlichen) Untersuchungen unterscheidenden - medizinischen Befunde (Beinlängenverkürzung, Beckentiefstand, Fehlhaltung) hatte sich der Kreisarzt Dr.med. N._____ zu den Rücken-, Kopf-, Schulter- und HWS-Beschwerden nicht weitergehend geäussert. Einzig bei den

unfallkausalen Diagnosen wird auf sekundär muskuloskelettale Veränderungen hingewiesen, ohne diese jedoch weiter zu begründen und gar zu erläutern, welche Veränderungen gemeint bzw. wo diese lokalisiert sind. Vielmehr stellte er nach wie vor grösstenteils auf das Belastbarkeitsprofil vom 3. Dezember 2015 ab, ohne jedoch näher auf die erwähnten unterschiedlichen medizinischen Befunde einzugehen. Selbst wenn vorliegend aufgrund der Vorgeschichte nicht sämtliche Beschwerden an Rücken, Kopf, Schultern und Hals als durch den Unfall verursacht beurteilt werden können, so kann doch eine gewisse Teilursächlichkeit nicht ohne weiteres ausgeschlossen werden, wovon auch aufgrund der durch den Kreisarzt am 24. November 2021 nicht weiter begründeten unfallkausalen Diagnose der sekundär muskuloskelettalen Veränderungen (wie auch aufgrund der Beurteilung von Kreisarzt Dr.med. J._____ vom 26.6.2015, vgl. vorstehende Erw. 4.4.1) auszugehen ist. Die Frage, ob bzw. inwieweit bei den Beschwerden im Bereich des Rückens, der HWS, der Schultern und des Kopfes Unfallfolgen vorliegen, muss deshalb konkret medizinisch abgeklärt werden, was bisher nicht (genügend) erfolgt ist. Sollte die Frage - ob Unfallfolgen vorliegen - bejaht werden können, so stellt sich zudem die Frage, ob und gegebenenfalls wie sich die (unfallkausalen) Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken. Nach dem Gesagten ergeben sich zumindest geringfügige Zweifel an der Richtigkeit der Beurteilung von Kreisarzt Dr.med. N._____ vom 24. November 2021 betreffend die Beschwerden im Bereich des Rückens, der HWS, der Schultern und des Kopfes. Bereits deshalb ist der vorinstanzliche Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2022 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zur weiteren Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen.

5. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als begründet. An der Richtigkeit der Beurteilung von Kreisarzt Dr.med. N._____ vom 24. November 2021 bestehen mehr als nur geringe Zweifel bzw. ist die Beurteilung zumindest unvollständig, was ergänzende Abklärungen notwendig macht. Diese drängten sich bereits im Rahmen des Einspracheverfahrens auf. Es rechtfertigt sich daher, die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Der Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2022 wird aufgehoben.

Die ergänzenden Abklärungen beinhalten die Prüfung der Unfallkausalität von weiteren Beschwerden, was sich unter Umständen auf die Beurteilung der Integritätsentschädigung auswirken kann, weshalb sich vorliegend weitere Ausführungen zur gerügten Höhe der Integritätsentschädigung erübrigen.

Allerdings drängen sich im konkreten Fall folgende weitergehenden Beurteilungen auf. Insbesondere zeigten sich in den Akten weitere Widersprüche, welche im Rahmen der Rückweisung aufzulösen sind.

6.1 Zum Unfallereignis zeitnahe medizinische Unterlagen wurden soweit ersichtlich von der Vorinstanz nicht eingeholt. Nach der Unfallmeldung, welche am 13. Dezember 2012 erfolgt ist (Vi-act. 1), findet sich als erster Arztbericht nach Unfall der Austrittsbericht des Spitals AA. _____ vom 11. Januar 2013 nach der Operation vom 4. Januar 2013 (sowie deren Bericht) in den Akten. Der Austrittsbericht verweist auf ein Supinationstrauma vom August 2012; der Operationsbericht auf den Sprechstundenbericht vom 30. Oktober 2012 (hierzu nachfolgend; Vi-act. 8 und 9). Der Aussendienstbericht der Vorinstanz erfolgte sodann - nach Besuch am 12. März 2013 - am 16. April 2013 (vgl. Vi-act. 18). Darin wird erneut der Sachverhalt wie in der Bagatellunfallmeldung geschildert und von der Beschwerdeführerin ergänzt. Zur Krankengeschichte wurde festgehalten, dass zuvor keine schwereren Unfälle oder Krankheiten vorgelegen hätten. Allein schon dieser Vermerk erscheint - unabhängig der Quelle - vor dem Hintergrund der langen IV-Geschichte der Beschwerdeführerin als unhaltbar.

Aus den IV-Akten ergibt sich zudem - neben der bereits geschilderten Vorgeschichte (vgl. vorstehende Erw. 3.1) -, dass am 4. Oktober 2012 im Spital AA. _____ (nach Zuweisung durch Hausarzt Dr.med. I. _____) eine MRI-Untersuchung des OSG rechts (mit einer Voruntersuchung am 30.9.2012 [sic]) vorgenommen wurde (IV-act. 124-13/19). In den klinischen Angaben des Radiologen wird ein chronischer Schmerz mit Blockaden des OSG rechts bei St. n. Unfall 2010 [sic] erwähnt.

Dr.med. F. _____ hält sodann im Bericht vom 7. November 2012 zur Sprechstunde vom 30. Oktober 2012 anamnestisch fest, dass sich die Beschwerdeführerin im Januar 2010 [sic] zu Hause [sic] ein Supinationstrauma des rechten OSG zugezogen habe. Es sei eine anfängliche Behandlung mit Bandage und Salben erfolgt. Aufgrund von persistierenden Beschwerden sei am 30. September 2010 [sic] eine MRI Untersuchung des rechten OSG durchgeführt worden. Bereits damals habe der Nachweis einer osteochondralen Läsion der medialen Talusschulter, sowie Vd. a. zumindest Partialruptur des Lig. fibulotalare anterius bestanden. Klinisch fänden sich einerseits eine Druckschmerzhaftigkeit über dem Lig. fibulotalare anterius mit Vd. a. instabile Narbe. Die MRI-Untersuchung vom 4. Oktober 2012 zeige eine grosse osteochondrale Läsion der medialen Talusschulter. Die Ausdehnung sei im Vergleich zur MRI-Untersuchung vom 30. September 2010 [sic] grössenprogredient (IV-act. 124-12/19). Dr.med. F. _____ hielt eine operative Sanierung bei gegebener osteochondraler Läsion für indiziert und er führte

weiter aus: "Die Patientin möchte sich das Ganze einmal in Ruhe überlegen, unklar ist auch noch die Kostenübernahme eines solchen Eingriffes. Der Unfall wurde damals anscheinend nicht der Unfallversicherung gemeldet, die Patientin wird diesbezüglich mit der Versicherung Kontakt aufnehmen und das Ganze auch nochmals mit Dir besprechen" (IV-act. 124-12/19). Rund einen Monat später erfolgte die Bagatell-Unfallmeldung betreffend den Unfall vom 21. August 2012 (Vi-act. 1). Im Weiteren findet sich in einem Bericht der IV-Akten von Dr.med. O. _____ (FMH Neurologie) vom 6. September 2010 unter Anamnese der Vermerk, die Beschwerdeführerin sei am 10. Juni 2010 abgeknickt mit dem rechten Fuss mit Bänderdehnung, seither hier zusätzlich Schmerzen mit leicht hinkendem Gang; Zehen- /Fersengang sei seit Banddistorsion nur unter Schmerzen möglich (IV-act. 98).

Aus den - dem Gericht vorliegenden - Akten sind Unterlagen weder einer MRI-Untersuchung vom 30. September 2010 noch vom 30. September 2012 bekannt; auch finden sich keine Unterlagen zu einem Unfall zuhause im Januar 2010 (was weniger erstaunlich ist, nachdem ein solcher auch nie gemeldet wurde) oder zu einer Bänderdehnung am 10. Juni 2010. Die Bagatellunfall-Meldung UVG vom 13. Dezember 2012 spricht von Unfall am 21. August 2012 mit Unfallort AE. _____ / Verteilzentrale und somit bei der Arbeitgeberin (Vi-act. 1). Aufgrund dieser Ungereimtheiten, bei welchen aufgrund ihrer Ausführlichkeit nicht ohne weiteres von einem Verschrieb ausgegangen werden kann, rechtfertigt es sich vorliegend ebenfalls, die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Sache lässt sich nicht ohne ergänzende Abklärungen u.a. beim Hausarzt der Beschwerdeführerin bzw. gegebenenfalls bei den weiteren behandelnden Fachpersonen abschliessen.

6.2.1 Im angefochtenen Einspracheentscheid hat die Vorinstanz auf die aktenkundigen psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin hingewiesen.

In seinem Bericht an die IV-Stelle vom 8. August 2013 hat der Hausarzt Dr.med. I. _____ eine deutliche depressive Entwicklung diagnostiziert (vgl. vorstehende Erw. 3.3.1).

Gemäss Beurteilung der Rehaklinik D. _____ vom 1. Oktober 2013 wurde bei der Beschwerdeführerin eine mässige Symptomausweitung beobachtet. Aufgrund der Diagnosen, klinischen und radiologischen Befunde könne man die aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen zwar in ihrer Lokalisation, jedoch nicht in ihrer gezeigten Intensität gänzlich erklären. Es liege jedoch keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte (Vi-act. 87 S. 2f.).

In der Stellungnahme an die Vorinstanz vom 17. März 2016 hat Dr.med. I._____ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der chronischen Beschwerden depressiv geworden sei und unter Schlafstörungen leide (Vi-act. 315, S. 2).

Im E._____ -Gutachten vom 15. August 2016 wurde in der psychiatrischen Beurteilung u.a. festgehalten, dass im Rahmen der Untersuchung gelegentlich leichte depressive Verstimmungen festgestellt werden konnten, welche die Beschwerdeführerin im Alltag nicht einschränken würden (Vi-act. 330 S. 15). Eine psychiatrische Behandlung werde nicht durchgeführt. Dass überhaupt keine Arbeit mehr möglich sein solle, lasse sich aufgrund der somatischen Befunde nicht objektivieren, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die subjektive Krankheitsüberzeugung habe also nur bedingt Krankheitswert und werde sich auch durch eine psychiatrische Behandlung kaum wesentlich beeinflussen lassen (Vi-act. 330 S. 16f.). Zum Zeitpunkt des Sturzes habe die Beschwerdeführerin nicht unter erheblichen psychosozialen Belastungen gelitten. Sie klage zwar über Schmerzen, sei aber in der Lage, den Haushalt zu führen, Spaziergänge zu unternehmen und Auto zu fahren. Sie sei also im Alltag nicht durch schwere, quälende Schmerzen massiv beeinträchtigt. Zusammenfassend wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Die Diagnose anhaltende somatoforme Schmerzstörung konnte nicht (mehr) diagnostiziert werden. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Vi-act. 330, S. 18).

Der Kreisarzt Dr.med. N._____ diagnostizierte am 24. November 2021 ein chronisch posttraumatisches und postoperatives OSG Schmerzsyndrom rechts. Zu den Einschränkungen im Haushalt äusserte sich die Beschwerdeführerin nur betreffend Bügeln und Waschen sowie Einkaufen. Spazierengehen sei maximal eine Stunde möglich. Die Familie würde sehr viel mithelfen und - gemäss eigenen Angaben - zur psychischen Stabilität der Beschwerdeführerin beitragen (Vi-act. 659). Zur Frage, welche Auswirkungen die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin auf ihre Arbeitsfähigkeit habe, äusserte sich der Kreisarzt nicht explizit (auch nicht indirekt durch den Verweis auf die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 3.12.2015, weil auch darin nicht ausdrücklich auf diese Frage eingegangen wurde).

Im März und April 2021 wurde die Beschwerdeführerin betreffend Schmerzen (erneut) im Schmerzambulatorium des U._____ (Spital) behandelt (Vi-act. 605), was jedoch mangels Erfolg wieder abgeschlossen wurde (Vi-act. 620).

Eine psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer Depression ist nicht aktenkundig. Dem kreisärztlichen Bericht vom 24. November 2021 lässt sich jedoch die Einnahme von Mirtazapin (30mg 0-0-1) entnehmen (Vi-act. 659, S. 6).

Die Vorinstanz hat im angefochtenen Einspracheentscheid ebenfalls berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin wiederholt selbst angegeben habe, psychisch angeschlagen zu sein (Vi-act. 555, 134). Obwohl die Vorinstanz im angefochtenen Einspracheentscheid erwogen hat, dass die psychischen Beschwerden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten, hat sie den Kausalzusammenhang geprüft.

6.2.2 Nachdem im konkreten Fall kein Unfall mit Schleudertrauma bzw. keine äquivalente Verletzung der Halswirbelsäule oder ein Schädel-Hirntrauma vorliegt, hat die Vorinstanz im angefochtenen Einspracheentscheid zu Recht die Adäquanzprüfung bei den psychischen Beschwerden nach der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) vorgenommen (vgl. vorstehende Erw. 2.2.2). Demnach dient das (objektiv erfassbare) Unfallereignis als geeigneter Anknüpfungspunkt für eine Einteilung der Unfälle in psychische Folgeschäden. Hierzu werden die Unfälle in drei Gruppen eingeteilt: banale bzw. leichte Unfälle, schwere Unfälle und dazwischenliegende mittlere Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden. Bei schweren Unfällen dagegen ist dieser in der Regel zu bejahen. Der mittlere Bereich umfasst jene Unfälle, welche weder der ersten noch der zweiten Gruppe zugeordnet werden können. Hier sind in die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs weitere Kriterien in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 115 V 133 Erw. 6a ff.).

6.2.3 Die Vorinstanz geht im angefochtenen Einspracheentscheid von einem leichten Unfall aus und verneint den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen diesem und den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin (S. 7). Die Beschwerdeführerin geht hingegen zumindest von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen aus und erachtet mindestens vier der sieben Adäquanzkriterien als erfüllt (S. 12). Hierzu bringt sie vor, dass ein gewöhnlicher Sturz nicht zu diesem gravierenden Verletzungsbild mit all den Operationen geführt hätte. Die Beschwerdeführerin habe versucht, einen Treppensturz nach hinten zu vermeiden (um nicht eine schwere Kopfverletzung davonzutragen), so dass sie das Bein bzw. den Fuss stark verdreht habe (mit Abknicken). So habe sie ihr Gewicht nach vorne verlagern können und sei mit der Hand statt mit dem Kopf aufgeschlagen. Die Beschwerdeführerin habe einen Riesenschreck gehabt und ihr Fuss sowie ihre Hand seien sofort stark angeschwollen.

6.2.4 Dem Einspracheentscheid liegt der Sachverhalt zu Grunde, dass die Beschwerdeführerin beim Treppensteigen gestürzt ist und sich dabei das rechte Fussgelenk verrenkt hat (vgl. hierzu aber oben Erw. 6.1). Dass sie sich dabei mit der rechten Hand abgestützt hat, um einen schwereren Sturz zu vermeiden, hat die Beschwerdeführerin sodann bereits im April 2013 gegenüber der Vorinstanz geltend gemacht und wird von der Vorinstanz nicht bestritten (vgl. vorstehende Erw. 3.2). Mehr Informationen zum Unfallhergang lassen sich den Akten nicht entnehmen. Der Hausarzt Dr.med. I. _____ reichte mit seiner Stellungnahme an die IV-Stelle vom 8. August 2013 u.a. den MRI Befund des OSG rechts vom 4. Oktober 2012 von Dr.med. Q. _____ (Facharzt Radiologie) und den Sprechstundenbericht vom 30. Oktober 2012 von Dr.med. F. _____ ein, welche jedoch auf einen Unfall im Januar bzw. Jahr 2010 verweisen; Dr.med. O. _____ erwähnt zudem bereits im September 2010 ein Abknicken des rechten Fusses am 10. Juni 2010 (IV-act. 124-11ff./19 sowie 98; vgl. vorstehende Erw. 6.1).

Aufgrund der (insgesamt knappen) Unfallschilderung zum Ereignis vom 21. August 2012 ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auf der Treppe ausgerutscht und nicht die Treppe hinuntergefallen ist (die weiteren Ereignisse sind noch weniger klar). Nicht aktenkundig ist, wie weit die Beschwerdeführerin hätte runterfallen können, was jedoch vorliegend unerheblich ist (vgl. auch nachfolgende Ausführungen betreffend die Begleitumstände), zumal auch die Beschwerdeführerin nicht geltend macht, dass die Begleitumstände zum Unfall besonders dramatisch oder der Unfall selbst besonders eindrücklich gewesen wäre(n). Sodann sind - wie gesagt - auch keine Unterlagen und Arztberichte vom Zeitpunkt direkt nach dem Unfallereignis in den Akten. Der erste Bericht datiert vom Oktober 2012, wobei dieser nicht Bezug auf einen Unfall im August 2012 nimmt (sondern Januar 2010). Die Bagatellunfallmeldung erfolgte am 13. Dezember 2012 und somit fast vier Monate nach dem Ereignis am 21. August 2012. Bei der Bestimmung des Schweregrades eines Unfallereignisses sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften massgebend, nicht jedoch Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden, Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht (vgl. SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26ff. [U 2/07] Erw. 5.3.1). Damit kann die Beschwerdeführerin mit dem Einwand des gravierenden Verletzungsbildes nichts zu ihren Gunsten ableiten.

6.2.5 Damit aber wäre - gestützt auf die dem Gericht vorliegenden Akten - im konkreten Fall von einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen (auf der Treppe) mit Abstützen mit der Hand auszugehen, was nach höchstrichterlicher Rechtsprechung im Allgemeinen dem Bereich der leichten Unfälle zuzuordnen ist (vgl. BGE 115 V 133 Erw. 6a; vgl. u.a. auch Urteil BGer 8C_157/2018 vom 11.10.2018 Erw. 6). Dafür spricht auch, dass der Unfallhergang derart knapp geschildert wurde und zum Vorgehen im unmittelbaren Anschluss an das Unfallereignis keine Angaben in den Akten auffindbar sind (nicht einmal die erste ärztliche Behandlung, woraufhin am 4. Oktober 2012 eine MRI-Untersuchung veranlasst wurde, welche zudem einen Unfall im Jahr 2010 erwähnt). Die Vorinstanz hätte diesfalls zu Recht den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem vorliegenden Unfallereignis und den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin verneint, nachdem aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden kann, dass ein banaler bzw. leichter Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen (vgl. BGE 115 V 133 Erw. 6a).

Nachdem jedoch ohnehin weitere Unterlagen beim Hausarzt der Beschwerdeführerin einzuholen sind (vgl. vorstehende Erw. 6.1), kann diese Prüfung noch nicht abschliessend erfolgen. Sodann wird diese Prüfung obsolet, sollten tatsächlich keine psychischen Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, was nötigenfalls ebenfalls abzuklären ist.

6.3.1 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. November 2021 gab die Beschwerdeführerin des Weiteren an, dass das Treppensteigen in letzter Zeit schwieriger geworden sei, das rechte Bein sich schwächer anfühle, weshalb sie vor Kurzem fast gestürzt sei. Seither habe sie vermehrt Schmerzen im linken Knie, sei in Behandlung und es sei eine MRI-Untersuchung des linken Knies durchgeführt worden (Vi-act. 659 S. 6).

6.3.2 Der Kreisarzt Dr.med. N. _____ hielt in der Folge einen Verdacht auf Innenmeniskusläsion degenerativer Natur beim linken Kniegelenk als nicht unfallkausale Diagnose fest (Vi-act. 659 S. 8). In seiner Beurteilung vom 24. November 2021 hielt er fest, die Beschwerdeführerin darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass es sich beim linken Kniegelenk um sogenannte indirekte Unfallfolgen handle, welche von der Vorinstanz nicht übernommen würden.

6.3.3 Damit lässt sich aber weder der kreisärztlichen Beurteilung, noch dem Einspracheentscheid der Vorinstanz entnehmen, aus welchem Grund im konkreten Fall von unfallfremden Beschwerden am linken Kniegelenk ausgegangen wurde.

Sowohl bei der Begründung mit Beschwerden degenerativer Natur als auch bei der Begründung "indirekter Unfallfolgen" ist von einer Verneinung des Kausalzusammenhangs zwischen den Kniegelenksbeschwerden links und dem Unfallereignis auszugehen.

6.3.4 Wie bereits ausgeführt, erstreckt sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen, wenn die (natürliche) Kausalität zu bejahen ist (vgl. vorstehende Erw. 4.3). Beschwerden können als Folge eines Unfallereignisses anerkannt werden, wenn sie zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein versichertes Ereignis zurückzuführen sind, derweil die bloße Möglichkeit eines Zusammenhanges für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht genügt (vgl. vorstehende Erw. 2.2.5; vgl. auch VGE I 2022 30 vom 9.12.2022 Erw. 1.3).

6.3.5 Im konkreten Fall kann offen bleiben, ob die Beschwerden im linken Kniegelenk degenerativer Natur oder aber auf einem "Fast-Sturz" der Beschwerdeführerin - welchen diese mit einer unfallbedingten Schwächung des rechten Beines in Verbindung bringt - begründet sind. Bei degenerativen Beschwerden handelt es sich eindeutig um unfallfremde Beschwerden.

Ebensowenig ist vorliegend davon auszugehen, dass die Beschwerden im linken Kniegelenk nach einem "Fast-Sturz" mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 21. August 2012 zurückzuführen sind.

Von der Beschwerdeführerin wird vorliegend nicht geltend gemacht, dass das Unfallereignis am 21. August 2012 unmittelbar zu den Beschwerden am linken Kniegelenk geführt hat. Vielmehr macht sie geltend, dass die Fussbeschwerden rechts - als direkte Unfallfolgen - zu einer Schwächung des rechten Beines und damit zu einer Gangunsicherheit geführt haben, welche in der Folge wiederum ihrerseits zu einem Fehltritt bzw. "Fast-Sturz" und damit zu Beschwerden im linken Kniegelenk geführt haben.

Wie gesagt genügt die bloße Möglichkeit eines Zusammenhanges für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht. Das Risiko eines "Fast-Sturzes" ist allgegenwärtig. Ob nun Gangunsicherheit, Unachtsamkeit oder andere Gründe als auslösende Faktoren zu einem "Fast-Sturz" auf einer Treppe führen, erscheint beliebig und austauschbar (vgl. hierzu VGE I 2022 48 vom 9.12.2022 Erw. 2.2.2, m.H.a. Urteile BGer 8C_549/2021 vom 7.1.2022 Erw. 4.2; 8C_287/2020 vom 27.4.2021 Erw. 3.1; 8C_669/2019 vom 25.3.2020 Erw. 4; Traub, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsur-

sache, in: SZS 2009, S. 479). Dass daraus auch noch Beschwerden am linken Kniegelenk resultieren erscheint derart zufällig, dass nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 21. August 2012 und den Kniegelenksbeschwerden links ausgegangen werden kann. Mit anderen Worten hätten die selben Kniegelenksbeschwerden auch ohne Unfall zur gleichen Zeit eintreten können. Der Unfall vom 21. August 2012 ist somit nicht *conditio sine qua non* für die Beschwerden am linken Kniegelenk. Damit ist die Vorinstanz bei den Kniegelenksbeschwerden links vorliegend zu Recht von unfallfremden Beeinträchtigungen ausgegangen, welche bei der vorliegenden Beurteilung der Versicherungsleistungen nicht zu berücksichtigen sind. Nicht geprüft wurde bisher - zumal die Innenmeniskusläsion bisher gemäss vorliegenden Akten nicht bestätigt ist -, ob allenfalls mit dem Ereignis des "Fast-Sturzes" eine Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt. Diese Frage bildet somit nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und kann ebenfalls offen bleiben.

Offen bleiben kann schliesslich, ob allenfalls belastungsabhängige Knieschmerzen aufgrund einer durch den Unfall verursachten Fehlhaltung vorliegen (vgl. vorstehende Erw. 4.4.1, Ausführungen der Beschwerdeführerin im E. _____ - Gutachten), zumal diesbezügliche weitere Abklärungen zu erfolgen haben.

6.4 In der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 24. November 2021 hat Dr.med. N. _____ die Beschwerden am rechten Handgelenk als fragliche unfallkausale Diagnose festgehalten, nachdem seines Erachtens weder eine objektivierbare Bewegungseinschränkung noch ein funktionales Defizit vorlag (vgl. vorstehende Erw. 3.3.9). Aufgrund der vollen Beweglichkeit beider Handgelenke ohne relevante Kraftminderung am Untersuchungstag sowie mangels Funktions- oder Kraftdefizit im Jahre 2014 hat er eine zusätzliche Einschränkung des Belastbarkeitsprofils hinsichtlich der Hand verneint. Die Beschwerdeführerin äusserte hingegen am Untersuchungstag, dass sie am Handgelenk rechts Belastungsbeschwerden beim Heben und Tragen verspüren würde (Vi-act. 659, S. 5). Zudem äusserte die Beschwerdeführerin gegenüber der Vorinstanz am 3. September 2014 derart starke Schmerzen bei der rechten Hand, dass sie wieder einen Termin bei Dr.med. G. _____ vereinbart habe. Zu diesem Zeitpunkt war die Beschwerdeführerin drei Stunden täglich arbeitstätig (Vi-act. 164).

Es stellt sich die Frage, ob sich die Beschwerden beim rechten Handgelenk jeweils bei Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin verschlechterten, was allenfalls bei der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen wäre. Mit den notwendigen ergänzenden medizinischen Sachverhaltsabklärungen ist auch diese Frage zu prüfen. So-

dann müsste die Vorinstanz allenfalls auch die Unfallkausalität erstmals prüfen, weshalb dies vorliegend offen bleiben kann.

7.1 Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 Erw. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 Erw. 6.2, je mit Hinweisen).

7.2 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

7.3 Nachdem die beanwaltete Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihr zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2022 aufgehoben und die Sache für ergänzende Abklärungen im Sinne der Erwägungen und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat der anwaltschaftlich vertretenen Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 24. April 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 23. Mai 2023

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz
Kammer I

