



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
Dr. iur. Matthias Suter und lic. iur. Ivo Klingler  
Gerichtsschreiberin: MLaw Miriam Habegger-Schneider

U R T E I L vom 28. September 2022 *[rechtskräftig]*  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin  
vertreten durch RA lic. iur. B. \_\_\_\_\_

gegen

**Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG**, Bundesgasse 35,  
Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung  
(Leistungen)

S 2020 120

A. Die 1989 geborene A.\_\_\_\_\_ ist seit August 2015 als Miterzieherin/-betreuerin bei der C.\_\_\_\_\_ erwerbstätig und dadurch bei der Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 8. April 2017 erlitt sie einen Sturz mit dem Fahrrad, bei dem sie sich laut eigenen Angaben am linken Fussgelenk verletzte (vgl. Unfallmeldung vom 24. Mai 2017; UV-act. 02). Sie zog sich Mikrofrakturen im Bereich des oberen Sprunggelenks (OSG) sowie Risse mehrerer Bänder zu (Magnetresonanztomogramm [MRT/MRI] vom 19. April 2017, UV-act. 10). Die Mobiliar anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld). Weiter holte sie die medizinischen Berichte samt Bildgebungen ein. Es folgte ein verzögerter Heilungsverlauf. Nach einer stationären Rehabilitation in der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 20. August bis 17. September 2019 (vgl. UV-act. 363), legte die Mobiliar das Dossier schliesslich einem ihrer Vertrauensärzte zur Erstellung eines Aktengutachtens vor (UV-act. 445).

Mit Verfügung vom 13. März 2020 (UV-act. 470) stellte die Mobiliar ihre Taggeldleistungen und die Zahlung von Heilkosten gestützt auf die Beurteilung des beratenden Arztes, wonach der Endzustand mit Austritt aus der Rehaklinik erreicht war, und unter Beachtung der von dieser vorgesehenen Übergangsfrist von zwei Monaten ab Austritt, per 14. November 2019 ein. Sie verneinte einen anschliessenden Rentenanspruch, da eine leidensangepasste wie auch die angestammte Tätigkeit bei wechselbelastender Gestaltung wieder uneingeschränkt möglich seien, ohne dass eine Erwerbseinbusse hinzunehmen wäre. Eine Integritätsentschädigung sprach sie nicht zu. Die dagegen erhobene Einsprache (UV-act. 500) wies die Mobiliar mit Einspracheentscheid vom 12. August 2020 ab (UV-act. 532).

B. Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ am 14. September 2020 Verwaltungsgerichtsbeschwerde erheben und folgendes beantragen (act. 1):

1. Der Einspracheentscheid vom 12. August 2020 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab 15. November 2019 weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen gemäss UVG auszurichten. Insbesondere habe die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 18. September 2019 und über den 14. November 2019 hinaus Taggelder aufgrund einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit zu bezahlen und die Kosten für die unfallbedingte Heilbehandlung zu übernehmen. Zudem sei bei Erreichen des Endzustandes der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen.

2. Eventuell sei die Sache zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens und zum anschliessenden Neuentscheid über die Ansprüche der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Der Beschwerdeführerin seien die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und der Unterzeichnete zu ihrem unentgeltlichen Rechtsbeistand zu ernennen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

C. Mit Vernehmlassung vom 7. Oktober 2020 (act. 4) schloss die Mobiliar auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 20. Oktober 2020 bewilligte der Vorsitzende der sozialversicherungsrechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege und ernannte RA lic. iur. B. \_\_\_\_\_ zum unentgeltlichen Rechtsbeistand (act. 6).

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 8 und 10).

F. Mit Eingabe vom 29. Juni 2021 liess die Beschwerdeführerin darüber informieren, dass für den 17. September 2021 eine operative Verlängerung der Achillessehne durch PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, geplant sei (act. 12). Sie reichte am 2. Juli 2021 einen entsprechenden Auszug aus der Krankengeschichte ein (act. 14 und BF-act. 15).

G. Hierzu nahm die Beschwerdegegnerin in der Quadruplik vom 18. August 2021 Stellung (act. 16), passte ihre bisherigen Anträge an und gab eine Stellungnahme des Vertrauensarztes vom 27. Juli 2021 zu den Akten. Neu stellte sie folgende Rechtsbegehren:

1. Am bisherigen Antrag um Abweisung der Beschwerde wird, was das Erreichen des Endzustands und die Ablehnung eines Rentenanspruchs anbelangt, festgehalten.
2. Was den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung anbelangt, anerkennen wir ausgehend von einem erst in Folge des Unfalls entwickelten Spitzfuss den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 15%, d.h. CHF 22'200.– (148'000.– x 15/100).

H. Mit Quintuplik vom 3. September 2022 (act. 18) liess die Beschwerdeführerin weiter an den mit Beschwerde gestellten Anträgen festhalten und reichte eine weitere Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_\_\_ (BF-act. 16) sowie die anwaltliche Kostennote (act. 19) ein. Auch die Beschwerdegegnerin hielt mit Sextuplik vom 13. September 2022 (act. 21) an ihren angepassten Anträgen fest.

I. Mit Eingabe vom 15. Dezember 2021 (act. 23) liess die Beschwerdeführerin über den durchgeführten Eingriff vom 17. September 2021 informieren und Arztberichte hierzu einreichen, was der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis gebracht wurde (act. 26).

J. Auf die Begründung der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise eingegangen.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu 12. August 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In übergangsrechtlicher Hinsicht sieht Art. 82a ATSG vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 14. September 2020 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG in Verbindung mit § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung [BGS 842.5]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG – Zuständigkeit am Wohnsitz der versicherten Person – gegeben, lebt die Beschwerdeführerin doch in F. \_\_\_\_\_ (act. 1). Die Beschwerdegegnerin erliess

den vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid am 12. August 2020 (BF-act. 2). Die Beschwerdeschrift trägt das Datum des 14. September 2020 und wurde gleichentags der Post übergeben (act. 1). Damit ist – unter Berücksichtigung des Fristenstillstands vom 15. Juli bis 15. August – die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt. Die Beschwerdeführerin ist vom Entscheid des Unfallversicherers direkt betroffen und somit zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift entspricht den gestellten formellen Anforderungen von Art. 61 lit. b ATSG. Auf die Beschwerde ist folglich einzutreten. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 ATSG) oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher wie auch ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 147 V 161 E. 3.1; 129 V 177 E. 3.1 und 3.2; SVR 2018 UV Nr. 3 E. 3.1).

3.2 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

3.3 Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung sowie Taggelder hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (vgl. Art. 19 Abs. 1 und Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 116 V 41 E. 2c; BGer 8C\_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1; vgl. auch BGer 8C\_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige)

Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang wird der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt. Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (BGer 8C\_682/2021 vom 13. April 2022 E. 5.1 mit Hinweisen, insb. auf BGE 134 V 109 E. 4.3 sowie BGer 8C\_614/2019 vom 29. Januar 2020 E. 5.2; vgl. auch BGer 8C\_604/2021 vom 25. Januar 2022 E. 5.2).

3.4 Wird die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

3.5 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitaleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) Gebrauch gemacht. Absatz 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige

oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

3.6 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 E. 3 festgelegt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.4).

Beratende Ärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (BGer 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2; 8C\_608/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.3 mit Hinweis). Deren Berichten und Gutachten wird nach der Rechtsprechung Beweiswert zugemessen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweis). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; BGer 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2; 8C\_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4).

Zu ergänzen ist, dass auch Aktengutachten beweiskräftig sein können, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. u.a. BGer

9C\_154/2021 vom 10. März 2022 E. 2.1, 9C\_647/2020 vom 26. August 2021 E. 4.2 und 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1 mit Hinweisen).

Konkrete und differenzierte Einwände des behandelnden Facharztes sind geeignet, zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des versicherungsinternen Arztes zu wecken. Bei dieser Ausgangslage ist ein versicherungsexternes medizinisches Gutachten einzuholen (BGer 8C\_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3).

Letztlich ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 351 E. 3a; vgl. auch BGer 8C\_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3; 8C\_420/2018 vom 13. März 2019 E. 6.5; 8C\_609/2017 vom 27. März 2018 E. 4.3.3; je mit Hinweisen).

3.7 Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist ein bestimmter Sachverhalt nicht bereits dann bewiesen, wenn er bloss möglich ist. Hingegen genügt es, wenn das Gericht aufgrund der Würdigung aller relevanter Sachumstände, das heisst nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung gelangt, dass er der wahrscheinlichste aller in Betracht fallender Geschehensabläufe ist und zudem begründeterweise angenommen werden darf, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (BGE 142 V 435 E. 1; 126 V 353 E. 5b; vgl. statt vieler auch BGer 9C\_721/2015 vom 8. August 2016 E. 3.2 mit Hinweisen).

4.

4.1 Feststeht und zwischen den Parteien unbestritten ist, dass das Ereignis vom 8. April 2017 ein Unfall im Sinne des UVG darstellt oder zumindest zu unfallähnlichen Körperschädigungen nach Art. 6 Abs. 2 UVG führte und die Beschwerdegegnerin daher für die daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen grundsätzlich leistungspflichtig ist.

Es steht nicht in Frage, dass die Beschwerdeführerin im Bereich des OSG links Mikrofrakturen sowie verschiedene Bandrupturen und -läsionen erlitt (Einspracheentscheid E. 4, UV-act. 532), welche mit dem MRT vom 19. April 2017 (UV-act. 10) festgestellt worden waren. Unbestritten und von der Beschwerdegegnerin nachvollziehbar dargelegt ist auch, dass die aktenkundigen (vorbestehenden) psychischen Probleme der

Beschwerdeführerin durch den Unfall weder verursacht noch massgeblich beeinflusst worden sind (vgl. Einspracheentscheid E. 4.5, UV-act. 532; act. 1 S. 8).

Weiter ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mit Quadruplik vom 18. August 2021 (act. 16) und dem darin gestellten Antrag auf Zusprechung einer Integritätsentschädigung die (im Zeitpunkt des Einspracheentscheides) bestehende Spitzfussproblematik am linken Fuss als unfallkausal anerkannt hat.

4.2 Streitig und zu prüfen ist hingegen, ob sich bei der Beschwerdeführerin infolge des Unfalls im Bereich des linken Sprunggelenks ein CRPS (Chronic Regional Pain Syndrome) entwickelte und ob dieses im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch bestand oder in Remission war. Weiter ist zu klären, ob in Bezug auf die gesamten Unfallfolgen keine namhafte Besserung der Beschwerden mehr zu erwarten war und der Fallabschluss per 14. November 2019 vorgenommen werden durfte.

5. Aus den medizinischen Akten ergibt sich das Folgende:

5.1 Beim Sturz mit dem Velo am 8. April 2017 zog sich die Beschwerdeführerin Schürfverletzungen am rechten Ellenbogen und Kniegelenk zu, gleichzeitig erlitt sie ein schweres Distorsionstrauma des linken OSG. Es trat sofort eine Schwellung des OSG auf. Röntgenbilder vom Unfalltag zeigten keinen Hinweis auf eine Fraktur (Arztbericht UVG des Spital G. \_\_\_\_\_ vom 8. April 2017, IV-act. 45 S. 10 f.), ebenso eine im Auftrag der Hausärztin am 11. April 2017 angefertigte Computertomografie (CT) des OSG (UV-act. 9).

5.2 Im Bericht vom 13. April 2017 hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, unter anderem fest, es bestünde aktuell eine massive Schwellung des OSG sowie Hämatomverfärbung am medialen und lateralen Bandapparat, zudem ein Druckschmerz diffus über dem Gelenkspalt sowie über den Malleolen und dem Vorfussbereich. Er äusserte den Verdacht auf Hämarthrosbildung, da der Fuss in massiver Flexionshaltung stehe. Die Beschwerdeführerin könne nicht extendieren. Diagnostisch hielt er u.a. den Verdacht auf mediale und laterale Bandläsion sowie Hämarthros des OSG fest (UV-act. 153).

Ein in der Folge erstelltes MRT OSG links vom 19. April 2017 zeigte ein ausgeprägtes Bone bruise im Talushals mit Mikrofrakturen daselbst keine komplette Fraktur. Ein weiteres Bone bruise dorsomedial im Os naviculare, medialseits im Os calcaneus sowie in

der distalen Tibia medial- und lateralseits. Zudem eine vollständige Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterior und des Ligamentum fibulocalcaneare sowie eine Partialruptur des Ligamentum deltoideum, Pars tibiotolare anterior und posterior. Die oberflächlichen Anteile des Ligamentum deltoideums kamen unauffällig zur Darstellung (UV-act. 10).

Am 6. Juni 2017 wurde ein weiteres MRT erstellt. Unter "Klinik" wurde ein Status nach schwerer OSG-Distorsion am 9. April 2017 mit bone bruise Zonen und Bandläsion, bei aktuell immer noch starken Schmerzen und Weichteilödem festgehalten. Es wurde nach Hinweisen für ein CRPS gefragt. In der Beurteilung hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, fest, im Vergleich zur Voruntersuchung vom April bestünden unveränderte bone bruise. Die Mikrofrakturen im Talushals seien jedoch nicht mehr darstellbar. Weiter zeige sich die bekannte Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterior. Das Ligamentum fibulocalcaneare könne wieder dargestellt werden. Die bekannte Partialruptur bestehe mit unverändert ödematösen Veränderungen der tiefen Anteile des Ligamentum deltoideum. Es seien keine neu aufgetretenen Läsionen nachweisbar. Ein CRPS könne nicht ausgeschlossen werden (UV-act. 04).

Aufgrund einer 2-Phasen-Skelettszintigrafie der Füße am 16. Juni 2017 hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Nuklearmedizin und Radiologie, links deutlich persistierende Knochenumbauvorgänge im Talus fest und äusserte, das szintigrafische Bild passe durchaus zu einem CRPS (UV-act. 141).

5.3 Um eine Zweitmeinung einzuholen, überwies Orthopäde Dr. H. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin an die Klinik K. \_\_\_\_\_. Im Bericht vom 13. Dezember 2017 stellte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation wiederum die Diagnose eines CRPS I Fuss links, in partieller Remission (Erstmanifestation April 2017). Im Befund hielt er fest: Fuss links mit leichter Schwellung und Lymphödem. Aktuell keine Verfärbungen, keine Hyperhidrose, keine Hypertrichose. In seiner Beurteilung führte Dr. L. \_\_\_\_\_ aus, in der Gesamtschau könne die Diagnose eines CRPS I am linken Fuss bestätigt werden. Aktuell sei die Beschwerdeführerin vor allem durch die anhaltenden Schmerzen und Funktionseinschränkungen handicapiert. Er machte einige Empfehlungen zu Medikation und Physiotherapie und hielt fest, unter den gegebenen Umständen sehe er keine Möglichkeit, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu erhöhen. Bei weiterhin protrahiertem Verlauf müsse ein stationärer Aufenthalt mit

multimodaler Schmerztherapie und intensiven physikalischen Massnahmen diskutiert werden (UV-act. 28).

5.4 Ab Januar 2018 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Schmerzbehandlung durch Infiltration bei Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Im Bericht vom 30. Januar 2018 (UV-act. 181) zur Erstkonsultation hielt Dr. M. \_\_\_\_\_ fest, aktuell fänden sich keine äusserlichen Hinweise für eine CRPS-Problematik. Er fände keine Überwärmung, Rötung oder Schwellung der Haut. Das Anspannungsmuster der Wadenmuskulatur sei gut. Die Beschwerdeführerin trage Stabilstiefel. Die Instabilität fördere die Schmerzen. Es bestehe kein Hinweis für eine Reduktion der Sensibilität oder Zirkulation. Nach durchgeführter Infiltrationsbehandlung im März 2018 (UV-act. 183) lokalisierte Dr. M. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 16. März 2018 (UV-act. 29) vier Probleme: 1. Eine Verdickung der dorsalen Gelenkscapsel am oberen Sprunggelenk mit Spitzfussstellung, 2. Eine Laterale Bandinstabilität im Bereich Ligamentum talofibulare anterius und fibulocalcaneare, 3. Eine Läsion des ventralen Anteils des Ligamentum deltoideum und 4. Eine Tendovaginitis Flexor hallucis longus Sehne am Übergang in der fibroossären Sehnenscheidenkanal (wahrscheinlich Sekundärschmerz). Er kam zum Schluss die Problematik werde auf konservativem Weg nicht ausheilen, eine Revisionsoperation sei daher unumgänglich. Zur Beurteilung des geeigneten Vorgehens im Rahmen der Flexionsfehlstellung (Spitzfuss) empfahl er eine Expertise bei Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates.

5.5 Dr. N. \_\_\_\_\_ veranlasste das CT vom 8. Mai 2018 bei Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Nuklearmedizin. Letzterer kam zum Schluss, dass sich am linken Fuss im CT keine relevanten Degenerationszeichen zeigen würden. Es bestehe jedoch ein auffällig diffus erhöhter Uptake des gesamten Fuss skelettes links periartikulär betont sowie positive Frühphase hochgradig suggestiv auf das Vorliegen eines Morbus Sudeck (UV-act. 32). Dr. N. \_\_\_\_\_ diagnostizierte daraufhin in seinem Bericht vom 9. Mai 2018 einen Spitzfuss mit paradoxer Instabilität OSG links, Verdacht auf erneutes CRPS. Er hielt den Befund einer schmerzbedingt nicht korrigierbaren Spitzfussstellung fest. Das Kolloid sei normal, im Seitenvergleich bestehe eine leichte zirkuläre Schwellung am Rückfuss, die Fusspulse seien intakt ebenso die Sensibilität. Das Spect-CT zeige eine diffuse Anreicherung mässiger Ausprägung und die konventionellen Röntgenbilder zeigten keine Auffälligkeiten bis auf einen Cavovarus-Fuss mit Spitzfussstellung. Er schloss, es liege ein Mischbild vor mit einem nozizeptiven Schmerzsyndrom sowie einer kontrakten

Spitzfussstellung bei anamnestisch vorbestehendem Cavovarus-Fuss. Falls eine Schmerztherapie keine nennenswerte Verbesserung bringe, könne über eine arthroskopische Lösung mit gegebenenfalls offener Kapsulolyse und Rekonstruktion des Bandapparates nachgedacht werden. Er denke jedoch, dass ein grosses Risiko bestehe, dass ein wesentlicher Teil der präsentierten Beschwerden postoperativ andauern werde.

5.6 Daraufhin beurteilte Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, die Möglichkeiten einer Schmerztherapie. Er führte in seinem Bericht vom 14. Juni 2018 (UV-act. 37) aus, allseits festgehalten bestehe der Verdacht auf Vorliegen eines CRPS. Die klinischen Symptome Schmerz, Sensibilitätsstörung, vasomotorische Dysregulation mit sehr kalter und blasser Haut am Fuss (nur diskrete livide fleckige Musterung über dem Fussrücken) und gut fühlbarer Seitendifferenz der Schweißsekretion erfüllten die Budapester Kriterien gemäss Konsensuskonferenz zur Diagnostik eines CRPS weitgehend vollumfänglich. Zum Glück seien gerade die Kriterien Motorik (bei den vorliegenden Schmerzen schwierig zu beurteilen) und Trophik nicht beeinträchtigt, wobei ein Unterschied im Nagelwachstum festgehalten werde. Alle Hinweise sprächen eindeutig für das Vorliegen eines CRPS I. Gemäss eher umstrittener Stadieneinteilung dürfte dies als am ehesten "subakut" bezeichnet werden. Aufgrund dieser Befunde machte er eine ausführliche Therapieempfehlung zur Behandlung des CRPS und hielt letztlich fest, chirurgische Massnahmen sollten nur zurückhaltend erwogen werden.

5.7 Mit Bericht vom 18. September 2018 (UV-act. 52) ging nun auch Dr. M. \_\_\_\_\_ vom Vorliegen einer CRPS-Problematik aus, die zuerst angegangen werden sollte, bevor ein operativer Eingriff vorgenommen wird. Er hielt aber explizit fest, dass anlässlich der Zwischenbeurteilung äusserlich tadellose Verhältnisse vorgelegen hätten, insbesondere keine Rötung, Überwärmung oder Hypertrichosis der linken, unteren Extremität. Er überwies die Beschwerdeführerin zum Sportarzt Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Innere Medizin, mit dem Ziel einer Therapierung des CRPS (UV-act. 117 + 191).

5.8 Weiter unterzog sich die Beschwerdeführerin einer neurologischen Untersuchung. Im Bericht vom 8. Mai 2019 hielt Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, fest, die belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich des linken Fusses würden der Beschreibung nach nicht neuropathisch anmuten. Sie sehe sie durch das CRPS und die Fehlstellung mit Unvermögen der suffizienten Dorsalextension im Sprunggelenk links erklärt (UV-act. 278).

5.9 Vom 20. August bis 17. September 2019 war die Beschwerdeführerin stationär in der Klinik D.\_\_\_\_\_. Im Austrittsbericht wurden als zum Unfall vom 9. April 2017 gehörend die folgenden bekannten Diagnosen festgehalten (UV-act. 363, S. 1):

1. OSG-Distorsion links mit ausgeprägter Bone bruise-Zone im Talushals, dorso-medial im Os naviculare sowie medialseitig im Os calcaneus sowie in der distalen Tibia medial und lateralseits.
2. Vollständige Ruptur des Ligamentum (Lig.) fibulotalare anterius und der Lig. Calcaneare.
3. Partialruptur des Lig. Deltoideum, pars fibulotalare anterior und posterior

Weiter wurde ein posttraumatisch entwickeltes CRPS-Syndrom OSG links erwähnt sowie die Befunde der bildgebenden Untersuchungen chronologisch aufgelistet und letztendlich unter dem Datum des Austritts 17. September 2019 vermerkt: "Budapester Kriterien für CRPS aktuell nicht mehr erfüllt".

Aufgrund der psychosomatischen Beurteilung diagnostizierten die Klinikärzte zudem eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, die sie jedoch nicht dem Unfall zuordneten (UV-act. 363, S. 1 und 3).

In Zusammenhang mit den bestehenden Schmerzen kamen die Ärzte zum Schluss, konventionell radiologisch würden sich die knöchernen Skeletteile am OSG links regelrecht darstellen, etwelche Anzeichen für ein CRPS seien nicht auszumachen. Auch klinisch würden die Budapester Kriterien für das Vorliegen eines CRPS nicht mehr erfüllt. Aus der Sicht der vorbehandelnden Orthopäden sei eine Rotationsinstabilität am linken Rückfuss postuliert worden mit einer Kontraktur der dorsalen OSG-Gelenkkapsel, bei gleichzeitig vorliegender CRPS-Problematik, welche durch eine ausbleibende Stabilisierung des linken Rückfusses unterhalten würde. Zumindest aktuell stehe ein CRPS jedoch nicht mehr im Vordergrund. Leider hätten bisherige schmerztherapeutische Massnahmen nicht zur erhofften Schmerzreduktion geführt, weshalb ein operatives Angehen der Problematik aktuell kaum eine erfolgsversprechende Option sein dürfte. Weiter sei es durch den stationären Rehabilitationsaufenthalt zu keiner Änderung in der schmerzhaft eingeschränkten Beweglichkeit im linken OSG gekommen, sondern eher zu einer Schmerzzunahme durch die vermehrte Belastung (UV-act. 363, S. 3).

Gesamthaft betrachtet könne man aufgrund der Diagnosen sowie der klinischen und radiologischen Befunde die noch vorhandenen Restbeschwerden und

Funktionseinschränkungen bezüglich des linken Fusses sowohl in ihrer Lokalisation als auch in der Intensität aus rein somatisch-funktioneller Sicht nur in sehr unzureichender Weise erklären. Es sei davon auszugehen, dass das Beschwerdebild durch die zugrundeliegende psychische und psychosoziale Problematik überlagert sein dürfte (UV-act. 363, S. 4).

Weiter hielten die Ärzte fest, im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Weitere physiotherapeutische Massnahmen seien daher vorläufig nicht vorgesehen. Auch spezifische Massnahmen aus dem psychosomatischen Bereich seien nicht indiziert bei fraglicher Adhärenz (UV-act. 363, S. 2). Die bisherige Tätigkeit wurde als grundsätzlich ganztags zumutbar erachtet. Dennoch wurde wegen der vorübergehenden Zunahme der Fussbeschwerden während der Reha eine abgestufte Arbeitsfähigkeit attestiert, ab 18. September 2019 50 % (bezogen auf das bisherige 85 % Teilzeit-Arbeitspensum). Spätestens vier Wochen nach Wiederaufnahme der Arbeit sollte dann einer Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf 25 % und nach weiteren vier Wochen auf 0 % nichts im Wege stehen.

5.10 Der behandelnde Orthopäde Dr. H. \_\_\_\_\_ äusserte in seinem Eintrag in die Krankengeschichte der Beschwerdeführerin vom 9. Oktober 2020 einige Zweifel an den anlässlich der Reha in D. \_\_\_\_\_ festgestellten Befunden. Insbesondere seien die Untersuchungen in D. \_\_\_\_\_ laut der Beschwerdeführerin nicht barfuss, sondern mit dem angepassten Spezialschuhwerk durchgeführt worden, nur so habe sie die Tests einigermaßen absolvieren können. Er erachtete zudem eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über die Grenze von 50 % als unrealistisch (UV-act. 371).

5.11 Der von der Beschwerdegegnerin mit dem Aktengutachten vom 26. Februar 2020 betraute Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kam aufgrund der Akten sowie einer von ihm veranlassten radiologischen Zweitbeurteilung zum Schluss, dass der Heilverlauf nicht nur deutlich protrahiert erscheine, sondern hinsichtlich des CRPS nur ansatzweise nachvollziehbar sei. Zu keinem Zeitpunkt könne entsprechend der Budapester Kriterien ein CRPS im Schadenfall der Beschwerdeführerin als gesichert festgestellt werden. Bereits am 13. Dezember 2017 sei das CRPS des linken Fusses laut Klinik K. \_\_\_\_\_ zudem in partieller Remission gewesen (Aktengutachten Dr. S. \_\_\_\_\_, UV-act. 445 S. 4).

Aus beratungsärztlicher Sicht spiele eine psychovegetative Überlagerung der Versicherten nach Kenntnis der medizinischen Berichte eine erhebliche Rolle. Auffallend sei vor allem die massive Diskrepanz zwischen subjektiv geäußerten Beschwerden und dem Verhalten der Versicherten sowie der Beschreibung der blanden, objektiven klinischen Befunde durch die behandelnden Ärzte. Der medizinische Endzustand sei nach Kenntnis der medizinischen Berichte spätestens am 18. September 2019 (nach Austritt aus der Klinik D. \_\_\_\_\_) erreicht. Ab diesem Zeitpunkt sei von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit auszugehen (UV-act. 445 S. 5).

5.12 Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein, der sie neuerdings behandelte. Er diagnostizierte eine schwere, fixierte Pes equinus- Fehlstellung links bei: CRPS Typ I reaktiv in Folge des Unfalls vom April 2017. Weiter hielt er fest, grundsätzlich wäre eine solche Deformität mit einer Achillessehnenverlängerung anzugehen. Da es sich aber um eine CRPS-assoziierte Erkrankung handle, müsse zuerst anders vorgegangen werden. Für eine detaillierte Abschätzung des Therapieerfolges möglicher operativer Massnahmen brauche es noch weitere Abklärungen (Bericht Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2020; UV-act. 515).

5.13 Ärztliche Berichte, die die Operation vom 17. September 2021 betreffen, sind vorliegend grundsätzlich nicht zu beachten, da sie nicht den Sachverhalt betreffen, wie er sich im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 12. August 2021 darstellte (vgl. vorne E. 1).

6. Zunächst ist zu prüfen, ob neben den anerkannten Unfallfolgen bei der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen eines CRPS und damit eines weiteren objektivierbaren organischen Gesundheitsschadens auszugehen ist.

6.1 Das CRPS ist eine Sammelbezeichnung für Krankheitsbilder, die die Extremitäten betreffen. Es entwickelt sich nach einem schädigenden Ereignis und führt beim Betroffenen zu anhaltenden Schmerzen mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik. Das CRPS I (früher: Sudeck-Syndrom oder sympathische Reflexdystrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nerven

auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II (früher: Kausalgie) zeichnet sich aus durch brennende Schmerzen und Störungen des sympathetischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion. Klinische Zeichen bzw. Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum). Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose sowie Funktionsverlust kommen. Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden. Für die Annahme eines CRPS ist praxisgemäss nicht erforderlich, dass die Diagnose von den Ärzten bereits innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen. Entscheidend ist, dass anhand rechtzeitig erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (BGer 8C\_11/2022 vom 18. März 2022 E. 6.2.2; 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen).

6.2 Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass unmittelbar nach dem Unfall vom 8. April 2017 eine starke Weichteilschwellung und oberflächliche Verfärbungen im Bereich des OSG vorlagen (Bericht Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 13. April 2017, UV-act. 18 S. 2). Aufgrund der anhaltenden Schmerzen und Weichteilödeme, wurde eine CRPS erstmals – mehr als 8 Wochen später – in der Fragestellung für das MRT vom 6. Juni 2017 aktenkundig thematisiert und von der Radiologin zumindest nicht ausgeschlossen (UV-act. 04). Es sind jedoch aus den ersten sechs bis acht Wochen keine weiteren ärztlichen Berichte bekannt, die klinische Befunde enthielten, die als CRPS-Symptomatik interpretierbar wären. Insbesondere gibt es keine Berichte des behandelnden Orthopäden Dr. H. \_\_\_\_\_ aus dieser Zeit. Aus dem Bericht zum MRT vom 6. Juni 2017 kann geschlossen werden, dass zu diesem Zeitpunkt immer noch Schmerzen und eine Schwellung des OSG vorlagen. Hinweise darauf, dass die Beschwerden seit längerem anhielten, können auch einem sehr kryptischen Physiotherapiebericht vom 1. Juni 2017 (UV-act. 140) entnommen werden; so seien Hautstreichung schmerzhaft und im Verlauf habe bei Schwellung und Farbe allenfalls ein kleiner Fortschritt erreicht werden können, das ganze Bild aber stagniere und die Schmerzen nähmen zu. Die Therapeutin äusserte unsicher zu sein, "ob Sudeck weiter gehe". Weiter erhob Radiologe Dr. J. \_\_\_\_\_ am

16. Juni 2017 mittels Skelettszintigrafie zwar Knochenumbau-Vorgänge – nicht aber einen Knochenabbau. Danach gefragt, äusserte er, das von ihm erhobene szintigrafische Bild passe durchaus zu einem CRPS, ohne diese Aussage weiter zu konkretisieren (UV-act. 141). Bei dieser Aktenlage ist den bundesgerichtlichen Vorgaben für die Annahme eines von der Unfallversicherung zu entschädigenden CRPS (respektive dessen Folgen) nicht genüge getan (vorne E. 6.1). Die innerhalb von acht Wochen nach dem Unfall objektivierbaren Befunde reichen hierfür nicht aus. Neben den Schmerzen konnten nur wenige Symptome wie Schwellungen überhaupt befundet werden. Gerade kurz nach dem Unfall sind Schwellungen aufgrund der diversen Verletzungen zudem nicht ungewöhnlich. Aus den Akten ist somit zwar ersichtlich, dass ein CRPS unter den Behandlern offensichtlich diskutiert wurde, es bestehen aber schlicht keine ausreichenden echtzeitlichen ärztliche Angaben zu typischen klinischen Befunden, die auf ein CRPS schliessen liessen.

6.3 Auch die Entwicklung nach dieser Zeitspanne von sechs bis acht Wochen zeigt ein Bild von vorwiegend subjektiv geklagten Schmerzen, ohne dass die typischen Zeichen klar und andauernd sichtbar gewesen wären. Rund sieben Monate nach dem Unfall stellte Dr. L. \_\_\_\_\_ im Dezember 2017 dann die Diagnose eines CRPS I Fuss links, war aber der Ansicht, dass dieses bereits in partieller Remission sei (UV-act. 28). In seinem Befund verneinte er das Vorliegen typischer Symptome weitgehend, mit Ausnahme einer leichten Schwellung und eines Lymphödems. Doktor M. \_\_\_\_\_ fand im Januar 2018 (UV-act. 181) keine äusserlichen Hinweise für ein CRPS I. Im Bericht vom März 2018 thematisierte er ein solches nicht einmal und empfahl grundsätzlich eine Revisionsoperation bezüglich der bestehenden Spitzfussproblematik (UV-act. 183). Der Orthopäde Dr. N. \_\_\_\_\_ äusserte im Mai 2018 aufgrund eines neuen CT wiederum den Verdacht auf ein "erneutes" CRPS – bei diesbezüglich weitgehend unauffälligem Befund (normales Kolloid, leichte Schwellung am Rückfuss, Fusspulse und Sensibilität intakt) – und zweifelte an den Erfolgsaussichten einer Revisionsoperation (UV-act. 34). In der Folge holte Dr. M. \_\_\_\_\_ den Rat des Schmerzspezialisten Dr. P. \_\_\_\_\_ ein, welcher aufgrund seiner Befunde – als erster Arzt – äusserte, die klinischen Symptome der Beschwerdeführerin würden die Budapesterkriterien zur Diagnostik eines CRPS weitgehend erfüllen (UV-act. 37). Gestützt darauf ging nun auch Dr. M. \_\_\_\_\_ im September 2018 von einer CRPS-Problematik aus, welche – entsprechend der Empfehlung von Dr. P. \_\_\_\_\_ – erst behandelt werden solle, bevor ein operativer Eingriff vorgenommen werde. Orthopäde Dr. M. \_\_\_\_\_ hielt jedoch explizit einen äusserlich tadellosen Befund (insb. keine Rötung, Überwärmung, Hypertrichosis des

linken Fusses) fest. Er überwies die Beschwerdeführerin zur Behandlung an Dr. Q. \_\_\_\_\_ (UV-act. 52). Rund ein Jahr später im September 2019 kamen die Behandler der Klinik D. \_\_\_\_\_ nach vierwöchiger stationärer Therapie zum Schluss, dass keine Anzeichen für ein CRPS vorlägen und die klinischen Kriterien für das Vorliegen eines CRPS nicht mehr erfüllt seien bzw. ein solches aktuell nicht mehr im Vordergrund stehe (UV-act. 363 S. 3).

Der Schmerzspezialist Dr. P. \_\_\_\_\_ war damit im Verlauf der einzige Arzt, der sich für die Diagnose eines CRPS ansatzweise mit den bundesgerichtlich festgehaltenen Kriterien auseinandersetzte. Seine Beurteilung ist eine Momentaufnahme für den Zeitpunkt seiner Untersuchung und lässt nicht darauf schliessen, dass ein andauerndes CRPS bestand; dagegen sprechen auch die Berichte von Dr. L. \_\_\_\_\_, der von einer partiellen Remission ausging (UV-act. 28) und von Dr. M. \_\_\_\_\_, der im Januar 2018 das Vorliegen entsprechender Befunde verneinte (UV-act. 181). Selbst wenn man aber davon ausginge, dass phasenweise eine CRPS-Problematik bestanden hatte, so ist diese spätestens im Zeitpunkt des Austritts aus der Klinik D. \_\_\_\_\_ als in Remission zu betrachten, nachdem eine solche von den Klinikärzten während des vierwöchigen Aufenthalts nicht festgestellt werden konnte (UV-act. 363 S. 3). Bereits im Eintrittsbefund der Rehaklinik wurde das Vorliegen entsprechender klinischer Symptome weitgehend verneint. Es bestanden am linken Fuss neben den Bewegungseinschränkungen und einer Druckdolenz am Malleolus lateralis, eine leichte Überwärmung, jedoch keine Verfärbung, kein abnormes Haar- oder Nagelwachstum, keine Glanzhaut, keine Schwellung. Im Bereich des OSG waren zudem keine Überwärmung, keine trophischen Störungen und keine Hyperhidrosis feststellbar (UV-act. 363 S. 8). Letztlich erschien die Diagnose eines CRPS erneut im Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2020, jedoch auch hier, ohne Begründung durch entsprechende Befunde (UV-act. 515).

Bei dieser Ausgangslage ist die Beurteilung des orthopädischen Aktengutachters Dr. S. \_\_\_\_\_, gestützt auf die Akten könne zu keinem Zeitpunkt entsprechend der Budapester Kriterien ein CRPS als gesichert festgestellt werden, nachvollziehbar und schlüssig. Daran vermögen die Berichte der Behandler – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (act. 1 Ziff. 13) – keine auch nur geringen Zweifel zu wecken. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Abklärungspflicht daher nicht verletzt, wenn sie in diesem Zusammenhang kein polydisziplinäres Gutachten einholte und auf die Aktenbeurteilung des beratenden Orthopäden Dr. S. \_\_\_\_\_ abstellte.

Daran vermag auch nichts zu ändern, dass die Beschwerdegegnerin in einem Schreiben vom 17. Mai 2019 (BF-act. 13) geäußert hatte, "klinisch könne die Diagnose eines CRPS am linken OSG bestätigt werden", denn selbst wenn man davon ausginge, dass sich eine CRPS-Problematik entwickelt hätte, bestand diese – wie dargelegt – spätestens im Zeitpunkt des Austritts aus der Klinik D. \_\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr.

6.4. Zusammenfassend bestehen weder ausreichende objektivierbare Befunde aus den ersten sechs bis acht Wochen nach dem Unfall, um den bundesgerichtlichen Vorgaben für die Annahme eines von der Unfallversicherung zu entschädigenden CRPS zu genügen (vorne E. 6.2), noch spricht der weitere Verlauf der Fussproblematik für die zwingende Annahme eines (andauernden) CRPS. Vielmehr durfte die Beschwerdegegnerin davon ausgehen, dass spätestens anlässlich des Aufenthalts in der Klinik D. \_\_\_\_\_ im September 2019 kein solches (mehr) vorlag.

7.

7.1 Die Beschwerdegegnerin hat die vorübergehenden Leistungen (Taggelder und Heilbehandlung) mit Verfügung vom 13. März 2020 per 14. November 2019 eingestellt (UV-act. 470) und hielt mit Einspracheentscheid vom 12. August 2020 (UV-act. 532) daran fest. Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG per 14. November 2019 rechtens ist.

7.2 Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung erwartet werden kann, muss prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (vgl. vorne E. 3.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden – wie erwähnt – in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (BGer 8C\_682/2021 vom 13. April 2022 E. 5.1; 8C\_739/2020 vom 17. Februar 2021 E. 3).

7.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich für den Fallabschluss auf den Austrittsbericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ sowie das Aktengutachten von Dr. S. \_\_\_\_\_. Im Austrittsbericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ wurde festgehalten, es hätte – durch den stationären Aufenthalt – keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Weitere physiotherapeutischen Massnahmen seien daher vorläufig nicht vorgesehen. Eine Fortsetzung des Heimprogramms sei empfohlen (UV-act. 363 S. 2). In der somatischen

Beurteilung schlossen die Ärzte weiter, nachdem die bisherigen schmerztherapeutischen Massnahmen nicht zur erhofften Schmerzreduktion geführt hätten, dürfte ein operatives Angehen der Fussproblematik aktuell kaum eine erfolgsversprechende Option sein. Sie gingen zudem aufgrund der vorgenommenen Leistungstests davon aus, dass der Beschwerdeführerin eine mittelschwere Tätigkeit mit gewissen Einschränkungen (wechselbelastend, ohne Tätigkeit länger dauernd in der Hocke sowie wiederholtes Treppen- und/oder Leiternsteigen) ganztags zumutbar wäre (UV-act. 363 S. 2). Aktengutachter Dr. S.\_\_\_\_\_ schloss, aus beratungsärztlicher Sicht sei der medizinische Endzustand nach Kenntnis der medizinischen Berichte spätestens am 18. September 2019 – nota bene mit Austritt aus der stationären Rehabilitation – erreicht. Es sei ab diesem Zeitpunkt von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen (UV-act. 445 S. 5). Ohne diese beiden Feststellungen in irgendeiner Weise weiter zu begründen.

Ein Blick in die Akten zeigt, dass bereits Orthopäde Dr. N.\_\_\_\_\_ im Mai 2018 festhielt, falls eine Schmerztherapie keine nennenswerte Verbesserung bringe, könne allenfalls über eine Operation nachgedacht werden. Das Risiko, dass die Fussbeschwerden postoperativ andauern würden, bezeichnete er allerdings als gross (UV-act. 32). Schmerzspezialist Dr. P.\_\_\_\_\_ empfahl daraufhin chirurgische Massnahmen nur sehr zurückhaltend zu erwägen (UV-act. 37). Orthopäde Dr. M.\_\_\_\_\_, der in Bezug auf die schmerzhafte Bewegungseinschränkung eine Revisionsoperation als unumgänglich bezeichnete, ordnete deshalb im September 2018 an, vor einer Operation solle eine Schmerzbehandlung durchgeführt werden (UV-act. 29 + 52). Aufgrund der unklaren Erfolgsaussichten in Bezug auf die Schmerzen wurde also vorläufig auf die Operation verzichtet und die Beschwerdeführerin liess sich unter anderem in D.\_\_\_\_\_ behandeln.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Einspracheentscheid Ziff. 4.6; UV-act. 532) kann der Beschwerdeführerin nicht vorgeworfen werden, eine entsprechende Operation sei nicht vorgenommen worden, weil sie nicht willens gewesen wäre. Vielmehr ist gerade aus den Berichten von Dr. M.\_\_\_\_\_ ersichtlich, dass es aus orthopädischer Sicht, trotz der Notwendigkeit einer Operation zur Behebung der Fussfehlstellung, geboten war, erst zu versuchen mittels Schmerzbehandlung eine Beschwerdelinderung herbeizuführen, um die Erfolgchancen einer Operation in Bezug auf die gesamten Fussbeschwerden zu verbessern. Nie in Frage gestellt wurde von den Orthopäden jedoch, dass zur Verbesserung der – zwischenzeitlich auch von der Beschwerdegegnerin als unfallkausal anerkannten – Fussfehlstellung eine Operation geboten ist. Gerade nachdem

das Vorliegen eines CRPS von den Ärzten der Rehaklinik verneint wurde und die Möglichkeiten einer Schmerzbehandlung als ausgeschöpft galten, ist es aufgrund der Akten nicht nachvollziehbar, weshalb nicht die von einer Fussoperation zumindest in Bezug auf die Bewegungseinschränkung des Spitzfusses zu erwartende Verbesserung wieder ins Auge gefasst wurde, geht doch die Notwendigkeit einer Operation, gerade auch wenn eine Schmerzbehandlung keinen Erfolg bringt, aus den Akten hervor (Dr. M. \_\_\_\_\_, UV-act. 29 und 52; Dr. N. \_\_\_\_\_, UV-act. 32). Weshalb von einer Revisionsoperation in Bezug auf die Spitzfussstellung keine deutliche Verbesserung der Fussbeweglichkeit und damit eine Reduktion der Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten wäre, geht weder aus dem Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ noch aus dem Aktengutachten von Dr. S. \_\_\_\_\_ hervor. Doktor S. \_\_\_\_\_ äusserte sich gar nicht zu diesem Umstand, weshalb nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist, wie er zum Schluss gelangte der Endzustand sei erreicht. Die Rehaklinik beschränkte sich auf den Hinweis, dass eine Operation in Bezug auf die Schmerzproblematik vermutlich keine Besserung bringen würde. Dies allein kann aber vorliegend nicht massgebend sein, so würde sich eine Verbesserung der Fussstellung nicht nur auf das Anforderungsprofil einer angepassten Tätigkeit auswirken, sondern die Möglichkeit eines Operationserfolges könnte die Beurteilung des Umfangs einer allfälligen Integritätsentschädigung beeinflussen.

Im Rahmen des Einspracheverfahrens ging weiter der Bericht von Dr. med. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 12. Mai 2020 (UV-act. 516) ein, der erneut nach Behandlungsoptionen suchte und gegenüber einem Kollegen die Frage stellte, ob allenfalls eine Hirnstrangstimulation Erfolge bezüglich der Schmerzen bringen könnte. Zudem überwies er die Beschwerdeführerin an den Orthopäden Dr. E. \_\_\_\_\_, der einmal mehr eine massive Spitzfussstellung feststellte und ausführte, dass diese grundsätzlich operativ anzugehen sei. Aufgrund der im Raum stehenden CRPS-Problematik brauche es aber noch einige Abklärungen, um den Therapieerfolg möglicher Massnahmen abschätzen zu können (UV-act. 515). Dr. E. \_\_\_\_\_ war damit wiederum am selben Punkt wie bereits zuvor Dr. M. \_\_\_\_\_ und Dr. N. \_\_\_\_\_; dass er sich nun dazu Entschied, eine Fussoperation trotz der Schmerzen durchzuführen, ist vor dem Hintergrund der medizinischen Vorgeschichte ohne weiteres nachvollziehbar. Spätestens die Berichte von Dr. T. \_\_\_\_\_ und Dr. E. \_\_\_\_\_ wecken zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung von Dr. S. \_\_\_\_\_, dass ein Endzustand erreicht und also von einer Operation keine wesentliche Verbesserung mehr zu erwarten ist und hätten für die Beschwerdegegnerin Anlass genug

sein sollen, zur Klärung dieser Frage nach dem medizinischen Endzustand ein Versicherungsexternes Gutachten einzuholen, statt weiter auf das Aktengutachten eines versicherungsinternen Arztes, der die Beschwerdeführerin nota bene nicht einmal selbst untersucht hatte, abzustellen.

7.4 Die Frage, ob eine namhafte Besserung noch möglich sei, ist zudem immer eng damit verknüpft, wie es um die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person steht. Sie ist nach der Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist, zu beurteilen (vgl. vorne E. 3.3).

Nach einer anfänglichen vollen Arbeitsunfähigkeit war die Beschwerdeführerin bereits ab April 2017 wieder im Umfang von 50% bei einem 85 % Pensum arbeitsfähig. Seither arbeitete sie wieder in reduziertem Umfang in ihre bisherige Tätigkeit als Lehrerin bei der Montessori Schule. Die berufliche Tätigkeit als Lehrerin ist laut der Klinik D. \_\_\_\_\_ ganztags zumutbar, sie sollte jedoch nach Möglichkeit wechselbelastend gestaltet werden, mit intermittierend sitzend zu verrichtenden Arbeitsphasen. Es wurde der Beschwerdeführerin attestiert, dass in der so angepassten Lehrertätigkeit rund acht Wochen nach dem Austritt aus der Rehaklinik keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe (UV-act. 363 S. 2). Ob sich dies auf das bisherige Arbeitspensum von 85 % bezog, geht aus dem Austrittsbericht nicht klar hervor. Ausserdem wurde der Beschwerdeführerin im Allgemeinen eine für eine mittelschwere Tätigkeit, die wechselbelastend (Stehen/Gehen am Stück max. etwa eine Stunde) ohne Tätigkeit länger dauernd in Hocke sowie ohne wiederholtes Treppen- und/oder Leiternsteigen, eine volle Arbeitsfähigkeit ("ganztags") attestiert (UV-act. 363 S. 2).

Der behandelnde Orthopäde Dr. H. \_\_\_\_\_ kritisierte diese Einschätzung der Klinik D. \_\_\_\_\_. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50 % hinaus halte er für sehr unrealistisch, da aus Versuchen der Belastungssteigerung in den vorangegangenen zwei Jahren jeweils eine Beschwerdezunahme und eine Verschlechterung der Situation resultiert habe (Berichte Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2019; UV-act. 371 f.). Das daraufhin von der Beschwerdegegnerin eingeholte Aktengutachten bringt diesbezüglich – wie erwähnt – keine Klarheit. Gutachter Dr. S. \_\_\_\_\_ setzte sich mit den differierenden Arbeitsfähigkeitsschätzung des behandelnden (Fach-)arztes und der Klinik D. \_\_\_\_\_ nicht auseinander. Er ging gar von einer unmittelbar nach Entlassung aus der Klinik bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit aus ohne zu begründen, wieso er die von der Rehaklinik propagierte Übergangszeit von zwei Monaten als obsolet betrachtete. Auch auf

das Argument, dass eine Mehrbelastung bisher immer zu einer Verschlechterung führte, ging er nicht ein, obwohl sich gerade dieses Phänomen auch in Bezug auf den Aufenthalt in D.\_\_\_\_\_ beobachten liess. Auch diesbezüglich bestehen daher mindestens leichte Zweifel an der Beurteilung von Dr. S.\_\_\_\_\_. Diese werden durch die IV-Akten zusätzlich verstärkt. So geht aus diesen hervor, dass die Invalidenversicherung gestützt auf die Einschätzung von RAD-Arzt Dr. med. U.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bei sehr ähnlichem ergonomischem Anforderungsprofil (leichte überwiegend sitzende Tätigkeit ohne lange Anmarschwege, ohne Arbeiten kniend oder in der Hocke, ohne häufiges Treppensteigen) von einem erhöhten Pausenbedarf und daher einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von lediglich 80 % ab 1. November 2019 ausging. Dass der ebenfalls als Aktengutachter fungierende RAD-Arzt über die bekannten Unfallfolgen hinaus gesundheitliche Beeinträchtigungen berücksichtigt hätte, die für die Unfallversicherung irrelevant wären, ist nicht ersichtlich. Er hielt vielmehr fest, die festgestellte psychische Störung begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (Stellungnahme RAD vom 15. Juli 2019 im Protokoll der WAS IV Luzern per 29.1.2020 S. 20 [UV-act. Ordner 3]; Vorbescheid der WAS IV Luzern vom 18. Juni 2020 [UV-act. Ordner 3]).

Damit bestehen gewisse Zweifel an der Einschätzung von Dr. S.\_\_\_\_\_ und auch der Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ vermag nicht restlos zu überzeugen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Folglich kann gestützt auf die vorhandenen Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin im November 2019 in ihrer bisherigen oder einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig war. Die Argumentation, dass bereits aufgrund einer vollen Arbeitsfähigkeit keine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mehr möglich gewesen wäre, geht daher ins Leere. Es ist zudem auch darauf hinzuweisen, dass selbst wenn man von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit ausginge, eine Operation rechtsprechungsgemäss auch dann noch zu einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands führen kann, wenn die versicherte Person ihre angestammte Tätigkeit bereits wieder voll aufgenommen hat (vgl. BGer 8C\_614/2019 vom 29. Januar 2020 E. 3).

7.5 Nachdem die Aktenbeurteilung des versicherungsinternen Arztes weder in Bezug auf die Frage, ob der Endzustand erreicht ist noch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung vollumfänglich überzeugt, also zumindest geringe Zweifel daran bestehen, ist eine im Wesentlichen darauf basierende Leistungseinstellung nicht zu

schützen. Denn nach dem Gesagten war vorliegend bei einer prospektiven Betrachtungsweise unter Berücksichtigung der Verhältnisse wie sie sich im Zeitpunkt des Fallabschlusses vom November 2019 darstellten (vorne E. 7.2; vgl. BGer 8C\_604/2021 vom 25. Januar 2022) nicht ausreichend klar, dass von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen, insbesondere einer Fussoperation, keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten war. Immerhin wurde eine solche von mehreren Fachärzten als grundsätzlich notwendig erachtet. Der Sachverhalt bedarf daher ergänzender Abklärungen, weshalb die Sache hierzu an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Nach Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin eine versicherungsexterne fachärztliche Begutachtung durchzuführen haben, um hernach gestützt darauf erneut über den Zeitpunkt des Fallabschlusses sowie über einen allfälligen Anspruch auf Rente zu befinden.

8. Zusammenfassend ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die vorhandenen Akten zu Recht davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin spätestens nach Austritt aus der Klinik D.\_\_\_\_\_ im September 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein CRPS (mehr) vorlag. Die Abklärungen des medizinischen Sachverhalts in Bezug auf die übrigen Unfallfolgen insbesondere die Fussfehlstellung und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit waren hingegen unzureichend. Dies widerspiegelt sich nicht zu Letzt darin, dass die Beschwerdegegnerin den Spitzfuss noch im angefochtenen Einspracheentscheid unzutreffend als unfallfremden Gesundheitsschaden taxierte. Folglich ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. August 2020 aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Insoweit erweist sich die Beschwerde als begründet und ist gutzuheissen.

9.

9.1 Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

9.2 Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 657 E. 2.1).

Der obsiegenden anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin ist eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Unaufgefordert reichte ihr Rechtsvertreter am 3.

September 2021 eine Kostennote in der Höhe von Fr. 6'773.60 ein (act. 19). Der geltend gemachte zeitliche Aufwand von insgesamt 24,7 Stunden erscheint angesichts der über 500 Seiten umfassenden Unfallakten und des vierfachen Schriftenwechsels vor dem Verwaltungsgericht als angemessen und ist daher nicht zu beanstanden. Ebenso der veranschlagte Stundenansatz von Fr. 250.–. Auch die geltend gemachten Auslagen von Fr. 114.30 bewegen sich im Verhältnis zum Honorar in einem angemessenen Rahmen. Der Rechtsvertreter hat demnach Anspruch auf ein Honorar von Fr. 6'175.– (24,7 x Fr. 250.–), auf eine Auslagenentschädigung von Fr. 114.30, auf Mehrwertsteuer von Fr. 484.30 (7.7 % von Fr. 6'289.30) und somit auf eine Parteienschädigung von insgesamt Fr. 6'773.60.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 12. August 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie nach weiteren Abklärungen gemäss den Erwägungen, neu verfüge.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 6'773.60 (inkl. Auslagen von Fr. 114.30 und MWST von Fr. 484.30) zu bezahlen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin und an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 28. September 2022

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am