

**VBE.2023.51 / sb / BR**

Art. 100

**Urteil vom 17. August 2023**

\_\_\_\_\_  
Besetzung      Oberrichter Roth, Präsident  
                    Oberrichterin Merkofer  
                    Oberrichter Kathriner  
                    Gerichtsschreiber Berner

\_\_\_\_\_  
Beschwerde-      **A.**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Beschwerde-      **Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern

gegnerin

\_\_\_\_\_  
Gegenstand      Beschwerdeverfahren betreffend UVG  
                          (Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2022)

---

## **Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:**

### **1.**

Die 1965 geborene Beschwerdeführerin war seit dem 1. September 2003 bei der B. mit heutigem Sitz in Z. angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 17. Mai 2021 stürzte sie und verletzte sich dabei am linken Handgelenk. Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht für die Folgen dieses Ereignisses und richtete die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) aus. Nach weiteren medizinischen Abklärungen schloss sie den Fall mit Verfügung vom 31. August 2022 ab und stellte ihre Leistungen mangels natürlicher Kausalität des Unfalls für die noch geklagten Beschwerden ab dem 1. Juli 2022 ein. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2022 fest.

### **2.**

#### **2.1.**

Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 30. Januar 2023 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Anträge:

##### **"1.**

Die Beschwerde vom 30.01.2023 sei gutzuheissen.

##### **2.**

Der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die gesetzlichen Leistungen auch über den 30.06.2022 seien zuzusprechen.

##### **3.**

Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen."

#### **2.2.**

Mit Vernehmlassung vom 3. März 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

---

## **Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2022 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 122; vgl. auch die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. August 2022 in VB 108) gestützt auf eine interne versicherungsmedizinische Stellungnahme der Dres. med. C., Facharzt für Neurologie, und D., Facharzt für Allgemeinmedizin (A), vom 13. Juni 2022 (VB 77) im Wesentlichen davon aus, dass zwischen den von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden und dem Unfall vom

18. Mai 2021 kein natürlicher Kausalzusammenhang (mehr) gegeben sei. Eine (weitere) Leistungspflicht ihrerseits über den 30. Juni 2022 hinaus bestehe nicht. Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber zusammengefasst geltend, auf die Beurteilung der Dres. med. C. und D. könne nicht abgestellt werden. Vielmehr seien auch die über den 30. Juni 2022 hinaus persistierenden Beschwerden auf den Unfall vom 18. Mai 2021 zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin sei daher (weiterhin) leistungspflichtig.

Damit ist streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Mai 2021 mit Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2022 zu Recht mit Wirkung ab dem 1. Juli 2022 eingestellt hat.

## **2.**

### **2.1.**

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts Anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten gewährt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie nach Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **2.2.**

#### **2.2.1.**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406).

#### **2.2.2.**

Ob zwischen einem 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 (vgl. BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181) zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen). Die Sozialversicherungsorgane und das Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mittels Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 55).

### **2.2.3.**

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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 (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе 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. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9, 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen).

## **2.3.**

### **2.3.1.**

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **2.3.2.**

Die Rechtsprechung hat den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt. Ihnen kommt praxisgemäss jedoch nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff. und 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 und 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). 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 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65 und 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

## **3.**

### **3.1.**

#### **3.1.1.**

Aus den Akten geht zusammengefasst hervor, dass sich die Beschwerdeführerin bei einem Sturz am 17. Mai 2021 eine linksseitige Radiusfraktur zugezogen hatte, welche am 18. Mai 2021 operativ versorgt wurde (vgl. die Unfallmeldung vom 18. Mai 2021 in VB 1, den Notfallbericht vom 17. Mai 2021 [VB 12, S. 2 f.] den Röntgenbericht vom 17. Mai 2021 [VB 42] und

den Austrittsbericht vom 20. Mai 2021 [VB 15, S. 2 ff.] des Spitals E., sowie den Operationsbericht von Dr. med. F., Facharzt für Chirurgie, und des stellvertretenden Oberarztes der Chirurgie G., Spital E., vom 18. Mai 2021 in VB 13, S. 2 f.). In seinem ersten Verlaufsbericht vom 16. Juni 2021 berichtete Dr. med. F. im Wesentlichen über einen "zeitgerechten" Verlauf (VB 14, S. 2). Bereits am 19. Juli 2021 stellte er indes die Verdachtsdiagnose eines CRPS (VB 69, S. 2 f.). Mit Verlaufsbericht vom 27. August 2021 hielt er – noch immer unter Führung des CRPS als Verdachtsdiagnose – fest, dass die eingeleitete Steroidtherapie zu einer deutlichen subjektiven Schmerzlinderung und objektiven Beweglichkeitsverbesserung geführt habe. Beim Heben von Lasten habe die Beschwerdeführerin jedoch nach wie vor von Problemen berichtet (VB 21, S. 2 f.). Am 6. Oktober 2021 berichtete Dr. med. F., die Beschwerdeführerin habe angegeben, zu 50 % gearbeitet zu haben, und dass bei einfachen Bewegungen weiterhin Schmerzen bestünden. Bei der klinischen Untersuchung habe sich die Beweglichkeit annähernd seitengleich gezeigt. Radiologisch (vgl. dazu auch die Röntgenbefunde vom 6. Oktober 2021 in VB 44, vom 19. Juli 2021 in VB 39, und vom 16. Juni 2021 in VB 40) und auch klinisch sei die Fraktur als vollständig konsolidiert zu beurteilen. Die von der Beschwerdeführerin weiterhin beklagten diffusen Schmerzen am gesamten linken Vorderarm seien nicht durch das Osteosynthesematerial verursacht, sondern im Rahmen des – weiterhin als Verdachtsdiagnose geführten – CRPS und dem sehr protrahierten Heilungsverlauf zu sehen (VB 66, S. 2). Ähnliches gab Dr. med. F. in seinem Verlaufsbericht vom 14. Januar 2022 an, in welchem er ausführte, die weiterhin beklagten diffusen Schmerzen im Handgelenk würden "sicher vom CRPS herrühren" (VB 36, S. 1).

### **3.1.2.**

Am 2. Februar 2022 stellte der von Dr. med. F. beigezogene Dr. med. H., Facharzt für Chirurgie sowie für Handchirurgie, Spital E., erstmals die Diagnose eines CRPS, da die Beschwerdeführerin über Schmerzen brennenden Charakters im gesamten linken Unterarm und der Hand, bewegungsabhängige sowie spontan auftretende Dysästhesien, Hautverfärbungen und spontan auftretende Schwellungszustände berichtet habe und sich in der klinischen Untersuchung eine auffällige Schonhaltung der linken Hand, glänzende atrophische Haut, eine diffuse Schwellung, eine zögerliche und auch im Bewegungsumfang in alle Richtungen eingeschränkte Beweglichkeit der Finger und des Handgelenks, im Vergleich zur Gegenseite diskrete livide Verfärbungen, eine Hyperalgesie, eine Dysästhesie und teilweise auch eine Hyposensibilität auf Berührungen gezeigt hätten. Eine alleinige Irritation durch das Osteosynthesematerial sei nicht für das ganze Beschwerdebild verantwortlich. Vielmehr seien die Kriterien für ein CRPS als erfüllt zu betrachten, weshalb die Therapie um Cymbalta erweitert werde. Ferner werde die Beschwerdeführerin zum Ausschluss einer Neurokompression an einen Neurologen überwiesen (VB 52). Diesbezüglich ist dem

Bericht von Dr. med. I., Facharzt für Neurologie, vom 14. März 2022 zu entnehmen, es habe sich im Wesentlichen das Bild eines CRPS ergeben, wobei das nebenbefundliche leichte linksseitige Karpaltunnelsyndrom nicht primär relevant und folglich nicht für die geklagten Beschwerden ursächlich erscheine (VB 54, S. 2 f.). Am 15. März 2022 hielt Dr. med. H. zusammengefasst eine unveränderte Situation fest und sah eine Vorstellung der Beschwerdeführerin bei einem Schmerztherapeuten vor (VB 56, S. 2). Dem diesbezüglichen Bericht von Dr. med. J., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 6. April 2022 ist unter Bezugnahme auf die sogenannten Budapest Kriterien die Diagnose eines "offensichtlichen" CRPS der linken Hand zu entnehmen (VB 59, S. 1 ff).

### **3.2.**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2022 in medizinischer Hinsicht auf die versicherungsinterne Beurteilung der Dres. med. C. und D. vom 13. Juni 2022 (VB 77). Dieser ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass aufgrund der von Dr. med. F. in seinem Bericht vom 19. Juli 2021 gestellten Verdachtsdiagnose eines CRPS ab diesem Zeitpunkt ein zumindest partiell vorliegendes CRPS ausgewiesen sei. Indes scheine die Symptomatik bei der Untersuchung vom 6. Oktober 2021 bereits weitgehend abgeklungen gewesen zu sein, weshalb unklar erscheine, worauf sich die Verdachtsdiagnose in diesem Zeitpunkt gestützt habe. Im neurologischen Untersuchungsbericht von Dr. med. I. vom 14. März 2022 werde ungenügend zwischen anamnestischen und klinischen Erhebungen differenziert. Die Diagnose eines CRPS basiere im Wesentlichen einzig auf Angaben der Beschwerdeführerin. Zwar hätten Dr. med. H. in seinem Bericht vom 2. Februar 2022 und Dr. med. J. in seinem Bericht vom 6. April 2022 "die volle Symptomatologie [...] erstmals [sic!] wieder [...] beschrieben". Es sei indes nicht erklärbar, wie knapp ein Jahr nach dem Unfall erneut ein Vollbild eines CRPS vorliegen solle, ohne dass weitere irritative Massnahmen vorgenommen worden seien. Zudem sei die fehlende Muskelatrophie bei angeblichem Nichtgebrauch der linken oberen Extremität als Inkonsistenz zu werten (VB 77, S. 6). Insgesamt erscheine das diagnostischen Kriterium des anhaltenden Schmerzes nicht vorzuliegen. Zudem seien alternative Ursachen nur ungenügend ausgeschlossen worden, womit ein weiteres Diagnosekriterium nicht erfüllt sei. Ferner sei das "wenige Wochen nach dem Trauma" aufgetreten CRPS erfolgreich therapiert worden. Es könne daher insgesamt nicht mehr von einem CRPS ausgegangen werden. Die über den 6. Oktober 2021 hinaus beklagten Beschwerden seien nicht mehr auf den Unfall vom 17. Mai 2021 zurückzuführen (VB 77, S. 7 f.).

#### **4.**

##### **4.1.**

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin stellen die erwähnten versicherungsinternen medizinischen Beurteilungen aus folgenden Gründen keine taugliche Grundlage zur Beurteilung der Unfallkausalität der persistierenden Beschwerden am linken Arm und folglich der (weiteren) Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin dar: Der in der versicherungsinternen Stellungnahme vom 13. Juni 2022 wiedergegebene (zeitliche) Verlauf mit (zwischenzeitlich) abgeklungener Symptomatik ergibt sich so nicht aus den medizinischen Akten. Vielmehr wurde von den behandelnden Fachärzten durchgängig ab dem 19. Juli 2021 von der (Verdachts-)Diagnose eines CRPS ausgegangen. Zwar sind nicht in sämtlichen Berichten umfassende Befunddokumentationen enthalten. Dies ist indes vor dem Hintergrund ohne Weiteres erklärbar, dass anfangs – und insbesondere auch im von den Dres. med. C. und D. erwähnten Bericht von Dr. med. F. vom 6. Oktober 2021 – lediglich eine Verdachtsdiagnose im Raum stand. Die Erstdiagnose eines CRPS erfolgte vielmehr erstmals durch Dr. med. H. in dessen Bericht vom 2. Februar 2022 (VB 52), in welchem dieser gemäss den Dres. med. C. und D. "die volle Symptomatologie" eines CRPS beschrieben habe (VB 77, S. 6). In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass die Rechtsprechung lediglich – aber immerhin – fordert, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb einer Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall (oder nach einer unfallkausalen Operation; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_27/2019 vom 20. August 2019 E. 6.4.2 und 8C\_629/2013 vom 29. Januar 2014 E. 4) zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (vgl. statt vieler SVR 2021 UV Nr. 9 S. 48, 8C\_416/2019 E. 5.2.3, sowie Urteile des Bundesgerichts 8C\_528/2022 vom 17. November 2022 E. 3.2 und 8C\_270/2022 vom 12. Oktober 2022 E. 4.2.1 mit Hinweisen), was hier mit Blick auf den vorerwähnten Sachverhalt der Fall ist. In der versicherungsinternen Stellungnahme vom 13. Juni 2022 wird zudem angeführt, alternative Beschwerdeursachen seien nur ungenügend ausgeschlossen worden. Indes geben die Dres. med. C. und D. nicht an, ob und gegebenenfalls welche der von ihnen in genereller Weise angeführten Differentialdiagnosen allenfalls bedeutsam sein könnten, die ferner noch nicht ausgeschlossen worden sind. Ihre Argumentation ist damit in dieser Hinsicht nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Vor diesem Hintergrund bestehen zumindest geringe Zweifel an der versicherungsinternen Stellungnahme der Dres. med. C. und D. vom 13. Juni 2022, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann (vgl. vorne E. 2.3.2.).

##### **4.2.**

Indes kann auch den behandelnden Ärzten nicht gefolgt werden. So weisen die Dres. med. C. und D. nach Lage der Akten in nachvollziehbarer Weise



darauf hin, dass die im Zusammenhang mit der von der Beschwerdeführerin angegebenen schmerzbedingten Einschränkungen zu erwartenden muskulären Veränderungen von den behandelnden Ärzten nicht beschrieben worden seien. Damit haben sich die behandelnden Ärzte nicht auseinandergesetzt. Bezüglich der Differentialdiagnose ist ferner auf den Umstand hinzuweisen, dass Dr. med. J. die Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 6. April 2022 als "sehr depressiv" wirkend beschrieben hat (VB 59, S. 5). Zur Frage, ob allenfalls ein psychischer Gesundheitsschaden vorliegt und welche Bedeutung diesem – insbesondere bezüglich des Schmerzgeschehens – gegebenenfalls zukommt, finden sich in den Akten indes keine Angaben.

#### **4.3.**

Zusammengefasst erweisen sich die sachverhaltlichen Abklärungen der Beschwerdegegnerin als unzureichend, weshalb eine Beurteilung des (weiteren) Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Mai 2021 aktuell nicht möglich ist. Die Beschwerdegegnerin wird folglich weitere medizinische Abklärungen zu tätigen haben, um alsdann ihre (weitere) Leistungspflicht erneut zu beurteilen.

### **5.**

#### **5.1.**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2022 aufzuheben sowie die Sache zur weiteren Abklärung und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

#### **5.2.**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. <sup>f</sup>bis ATSG).

#### **5.3.**

Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen gilt betreffend Parteientschädigung als anspruchsbegründendes Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235 mit Hinweisen). Die obsiegende Beschwerdeführerin ist nicht vertreten und hat somit keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Da deren Interessenwahrung vorliegend keinen hohen Arbeitsaufwand notwendig gemacht hat, welcher den Rahmen dessen überschreitet, was die einzelne Person üblicher- und zumutbarerweise auf sich zu nehmen hat, besteht auch kein Anspruch auf eine Umtriebsentschädigung (vgl. BGE 129 V 113 E. 4.1 S. 116 und 110 V 134 E. 4d S. 134).

---

### **Das Versicherungsgericht erkennt:**

**1.**

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2022 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

---

### **Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten**

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

---

Aarau, 17. August 2023

### **Versicherungsgericht des Kantons Aargau**

4. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Roth

Berner