



## **Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 1. Juli 2021 (725 20 95 / 178)**

---

### **Unfallversicherung**

#### **Würdigung des medizinischen Sachverhalts**

**Besetzung** Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführerin

gegen

**Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

**Betreff** Rente

A. Die 1975 geborene A.\_\_\_\_ war über die Arbeitslosenversicherung bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 13. Dezember 2015 erlitt sie bei einem Badeunfall eine Lendenwirbelkörper-1-Berstungsfraktur. In der Folge wurden mehrere operative Eingriffe durchgeführt und es entwickelte sich ein komplizierter Verlauf mit Infekt und psychischen Beschwerden. Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und entrichtete Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). Nachdem Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, anlässlich einer kreisärztlichen Untersuchung vom 20. März 2018 festgestellt hatte, dass der Endzustand erreicht sei und der Versicherten angepasste berufliche Tätigkeiten

im Umfang von 50 % möglich seien, sprach die Suva der Versicherten für die verbleibenden Unfallfolgen eine ab 1. Oktober 2018 laufende UVG-Invalidenrente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 50 % und eine Integritätsentschädigung für einen Integritätsschaden von 50 % zu (Verfügung vom 16. November 2018). Die hiergegen erhobene Einsprache wies sie ab, soweit sie darauf eintrat (Einspracheentscheid vom 14. Februar 2020).

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.\_\_\_\_ am 27. Februar 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei der Einspracheentscheid vom 14. Februar 2020 aufzuheben und ihr eine Invalidenrente aufgrund einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 30 % zuzusprechen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. Am 5. Mai 2020 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Abteilung Spinale Chirurgie, Universitätsspital X.\_\_\_\_, vom 27. Februar 2020 zu den Akten.

D. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2020 auf Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihren Ausführungen zwei versicherungsmedizinische Stellungnahmen von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 23. April 2020 und von PD Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Neurologie, vom 1. Mai 2020 bei.

E. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 18. Juni 2020 / Duplik vom 20. Juli 2020) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest, wobei die Beschwerdeführerin darauf hinwies, dass im parallel laufenden invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, mit einem Gutachten beauftragt worden sei und dieses so rasch wie möglich nachgereicht werde.

F. Am 21. Juli 2020 zog das Kantonsgericht bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die Akten der Versicherten bei.

G. Mit Verfügung vom 20. August 2020 wurde das vorliegende Verfahren im Einverständnis mit den Parteien bis zum Vorliegen der von der IV-Stelle veranlassten medizinischen Expertise sistiert.

H. Nachdem die IV-Stelle am 28. Oktober 2020 weitere Unterlagen eingereicht hatte, wurde die Sistierung des vorliegenden Verfahrens aufgehoben und den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt (Verfügung vom 3. November 2020), wovon die Beschwerdegegnerin am 24. November 2020 und die Beschwerdeführerin am 19. Dezember 2020 Gebrauch machten.

I. Am 26. Januar 2021 wurde die Angelegenheit der Dreierkammer zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht erhobene, beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht eingereichte Beschwerde vom 27. Februar 2020 kann eingetreten werden.

2. Streitig ist der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 14. Februar 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2). Die gewährte Integritätsentschädigung ist mangels Anfechtung in (Teil-)Rechtskraft erwachsen und deshalb nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

3. Auf den 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 in Kraft getreten. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

4.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

4.2 Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (vgl. BGE 129 V 177, E. 3). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus

dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 134 V 109, E. 2).

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

5.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014 E. 5.3). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten darf und soll das Gericht

der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des bzw. der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes bzw. Ärztin einerseits und von Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten und Expertinnen andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

6. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2).

7.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind.

7.2 Am 13. November 2017 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_\_ einen langsam progredienten Korrekturverlust thorakolumbal mit zunehmender Kyphosierung, eine Lendenwirbelkörper-1-Berstungsfraktur nach Sturz aus 10 Metern Höhe ins Wasser am 13. Dezember 2015, eine Laminektomie und Stabilisation Medtronic Legacy mit zweifacher Revision und konsekutivem Low grade-Infekt, eine Osteosynthese-Materialentfernung (OSME), ein Débridement und eine Restabilisation Th12-L2 mit USS II sowie Spongiosaanlagerung vom dorsalen Beckenkamm links am 26. Januar 2016 und OSME am 4. Mai 2017. Die Beschwerden seien diskret progredient, im Vergleich zur Voruntersuchung, jedoch im Grossen und Ganzen unverändert. Als Juristin bestünde momentan noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ab Anfang Februar 2018 sollte eine 50%ige Tätigkeit in einer vorwiegend sitzenden Arbeitshaltung zumutbar sein.

7.3 Die Suva veranlasste eine psychiatrische Untersuchung durch den Suva-Versicherungsmediziner Dr. med. G.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Am 30. November 2017 diagnostizierte er ein Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen und Hypnotika (ICD-10 F13), eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Entwicklung und

Ängsten (ICD-10 F43.22) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) mit vorwiegend narzisstischen Anteilen. Der Versuch, die Medikamente (Benzodiazepin, Hypnotika) zu reduzieren resp. auszuschleichen, sei bisher nicht gelungen. Die Diagnose der Anpassungsstörung beziehe sich auf den erschwerten Umgang der Versicherten mit der Zukunftsgestaltung (Zukunftsängste, soziale Unsicherheit, existentielle Angst) und der Angst vor einem operativen Eingriff. Dabei bestünden Anteile, die auf den Tod ihres Sohns im Jahr 2012 bezogen seien. Die Beziehungsgestaltung sowie die Eigenreflexion der Versicherten würden das Bild einer vermehrten Kontrollbedürftigkeit in Sozialbeziehungen ergeben. Sie berichte über ihre Leistungsbereitschaft, die soziale Zuwendung im Elternhaus bei Leistungserbringung sowie über ihren auf ihren Körper bezogenen Selbstwert. Diese Kombination lasse sich einer narzisstischen Thematik zuordnen. Die vorbestehenden Persönlichkeitszüge seien definitionsgemäss nicht an ein Ereignis geknüpft. Soweit aus den Akten bekannt, habe auch nach der Totgeburt des Sohns ein Gebrauch von Benzodiazepinen und Hypnotika bestanden. Nach dem aktuellen Ereignis sei der Gebrauch im Heilverlauf eskaliert. Die Suchterkrankung habe sich verselbstständigt, sei dem Ereignis nicht natürlich kausal zuzuschreiben und könne durch eine angemessene Entzugsbehandlung beseitigt werden. Durch das Unfallereignis sei die Versicherte aus der Bahn geworfen und in ihrer Lebensgestaltung eingeschränkt worden. Die unter der Diagnose einer Anpassungsstörung gefasste Gesundheitsbeeinträchtigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit teilkausal zum Ereignis.

7.4 Am 20. März 2018 fand eine kreisärztliche Untersuchung statt. Am 23. März 2018 diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_\_ eine Verletzung der Wirbelsäule am 13. Dezember 2015 mit Lendenwirbelkörper-1-Berstungsfraktur, inkompletter Paraplegie sub S2 AIS D, einen Verdacht auf eine neurogene Blasen- und Darmfunktionsstörung mit hochgradigem Verdacht auf eine neurogene Sensorikstörung, eine variable Blasenspeicher- und Blasenentleerungsstörung und eine fremdkörperassoziierte Infekte Osteosynthese. Am 13. Dezember 2015 sei eine Laminektomie Th12 bis L3 sowie eine Osteosynthese Th12/L2 und am 2. Januar 2016 eine Schraubenkorrektur Th12/L2 rechts bei Fehlhaltung durchgeführt worden. Im Verlauf sei eine weitere operative Korrektur notwendig geworden. Am 26. Januar 2016 seien im Universitätsspital X.\_\_\_\_\_ eine OSME und eine Restabilisation der Th12/L2 mit Spongiosaentnahme aus dem dorsalen Beckenkamm links vorgenommen worden. Am 4. Mai 2017 sei eine weitere OSME mit Korrekturverlust im Bereich des thoracolumbalen Übergangs und im März 2018 eine Narbenkorrektur sowie eine Abtragung störender Dornfortsätze durchgeführt worden. Der Zustand sei zufriedenstellend. Aktuell würden Dauer-, Bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen sowie eine Bewegungseinschränkung bestehen. Zusätzlich persistiere eine inkomplette Paraplegie sub LWK 1 mit Blasen- und Darmfunktionsstörung. Von weiteren Behandlungen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustands erwartet werden. Der Versicherten seien leichte berufliche Tätigkeiten mit der Möglichkeit zum Positionswechsel (Sitzen/Gehen/Stehen) im Umfang von 50 % möglich. Sie benötige ausreichend lange Pausen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten in Vorbeugehaltung oder mit Gewichtsbelastungen in der Vorhalte sowie repetitive und dauerhafte Schlag- und Vibrationsbelastungen. Die Fähigkeit, auf Leitern und Gerüsten zu arbeiten, sei ebenfalls nicht gegeben.

7.5 Am 7. November 2018 hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass die Abhängigkeitserkrankung im Rahmen von stationären Aufenthalten in der Klinik H.\_\_\_\_ erfolgreich behandelt worden sei. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge mit vorwiegend narzisstischen Anteilen sei vorbestehend. Die Anpassungsstörung sei im Heilverlauf degressiv und begründe keine andauernde relevante Arbeitsunfähigkeit. Durch den psychischen Gesundheitsschaden sei keine Arbeitsunfähigkeit von relevantem Ausmass ausgewiesen.

7.6 Am 23. Mai 2019 wurde ein Röntgenbild der Halswirbelsäule angefertigt. Im Bericht vom 24. Mai 2019 hielt Prof. Dr. I.\_\_\_\_, FMH Radiologie, fest, die Aufnahme ergäbe eine diskrete s-förmige Thorakolumbal-Skoliose mit Zustand nach Entfernung der Wirbelbögen Th12-L2. In der Seitenaufnahme falle ein alter Frakturwirbel auf, der auf einen Drittel seiner ursprünglichen Höhe zusammengesintert sei. Der Befund habe sich seit 2017 nicht verändert. Die Situation könne als stabil bezeichnet werden. Die Aufnahme zeige zudem eine Hyperlordose lumbosakral und eine erhebliche Kyphosierung thorakolumbal. Die Aufnahme im Liegen ergebe eine Reduktion der Kyphosierung.

7.7 Am 3. Dezember 2018 bestätigte der behandelnde Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, dass die Versicherte körperliche und psychische Beschwerden habe und sich zwei- bis dreimal pro Woche einer komplementärmedizinischen Behandlung unterziehe. Zudem erfolge eine medikamentöse Behandlung und die Narben würden operativ versorgt. Die Versicherte leide an psychischen Problemen (Angst, Depression) und Schlafstörungen. Die Beurteilung der Invalidität von 50 % erscheine zu niedrig. Es sei zu befürchten, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten mit dem Alter verschlechtere.

7.8 Am 4. Dezember 2018 hielt der behandelnde Psychiater Dr. K.\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, dass er die Versicherte seit dem 12. Juni 2018 behandle. Es bestünden eine Angst- und depressive Störung mit schwankendem Verlauf, ein sehr instabiler Schlaf und eine Abhängigkeit von Hypnotika. Die Versicherte habe einen Suizidversuch unternommen und sei vom 17. bis 19. September 2018 stationär behandelt worden. Die chronischen Schmerzen und der emotionale Stress würden das psychische Leiden beeinflussen.

7.9 Am 29. Mai 2019 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ Schmerzen lumbal rechts paravertebral nach OSME USS2 Th12-L2. Es bestünde eine deutliche Hyperkyphose des thorakolumbalen Übergangs mit konsekutiver kompensatorischer Hyperlordose der Lendenwirbelsäule (LWS) und deutlicher Endsyphosierung der Brustwirbelsäule (BWS). Insgesamt sei die Versicherte jedoch noch in einer korrekten sagittalen Balance. Die teils erheblichen Beschwerden schon nach kürzerem Stehen seien durch die Kompensationsmechanismen und die muskuläre Dysbalance gut erklärt. Für die bisherige Tätigkeit sei aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht ein Arbeitsversuch von 30 % möglich, wobei die Versicherte die Position wechseln und sich gelegentlich hinlegen sollte. Gegebenenfalls sei im Verlauf eine Steigerung möglich. Grundsätzlich wäre eine Korrektur der Kyphose denkbar. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei dadurch jedoch nicht unbedingt zu erwarten.

7.10 Am 26. Juli 2019 nahm die Kreisärztin Dr. B.\_\_\_\_ Stellung, wobei sie festhielt, dass sich aus den zwischenzeitlich eingereichten medizinischen Unterlagen keine neuen Aspekte ergeben würden und die Beurteilung vom 20. März 2018 weiterhin Gültigkeit habe.

7.11 Am 23. Mai 2019 wurde in der L.\_\_\_\_, eine Standortbestimmung durchgeführt. Im Bericht vom 29. Juli 2019 wurde festgehalten, dass sich eine insgesamt stabile paraplegische und allgemeinrehabilitative Situation zeige. Das Hauptproblem seien anhaltende thorakolumbale Schmerzen und Muskelverspannungen, welche belastungsabhängig bei längerem Stehen oder Sitzen zunehmen würden. Diesbezüglich sei die Versicherte unter der aktuellen Medikation zufriedenstellend eingestellt. Ein Eigenübungsprogramm und Physiotherapie seien zu empfehlen. Bezüglich der Obstipationsneigung sei die Versicherte medikamentös befriedigend versorgt. In Bezug auf die Blasenfunktionsstörung sei bei Verschlechterung eine urologische Kontrolle angemeldet worden. Die aktuellen EKG- und Lungenfunktionskontrollen würden stabile Befunde zeigen. Die Kyphose sei insgesamt stabil und die Verhältnisse weitgehend konstant, was auf eine gewisse Dynamik schliessen lasse.

7.12 Die Versicherte war vom 8. Juli 2019 bis 14. August 2019 in der Klinik M.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 14. August 2019 wurden eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10 F13.2), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), und andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis, Tod von Familienangehörigen (ICD-10 Z63) diagnostiziert. Auslöser für die depressive Episode der Versicherten sei der Tod ihres Vaters vor zwei Monaten gewesen. Dies habe bei ihr grosse Ängste vor dem Alleinsein ausgelöst. Sie sei sehr müde und erschöpft, leide unter starken Schlafstörungen und an innerer Unruhe. Sie fühle sich niedergeschlagen, ängstlich und rasch ermüdbar. Die Reduktion der Temestadosen sei schrittweise erfolgt und problemlos gelungen. Die Versicherte sei mit einer zufriedenstellenden emotional-psychischen Stabilität aus der Klinik ausgetreten. Die bei Eintritt vorhandene, leichtgradig ausgeprägte depressive Symptomatik sei vollständig remittiert.

7.13 Am 27. Februar 2020 berichtete Dr. C.\_\_\_\_, dass nach Angaben der Versicherten die Beschwerden im thorakolumbalen Übergang tendenziell eher zugenommen hätten. Bei einer Sitzdauer von mehr als 2 Stunden trete eine massive Verkrampfung der Muskulatur des Rückens auf und Stehen an Ort könne sie gar nicht. Die Patientin könne circa 30 Minuten in der Ebene am Stück gehen. Insgesamt seien diese Beschwerden jedoch abhängig von der Tagesform. Ferner habe sie bemerkt, dass sie beim Sitzen im Auto nach schon wenigen Minuten nach rechts überhänge. Ebenso wenig könne sie mittelschwere Gegenstände tragen, weshalb sie bei grösseren Einkäufen und im Haushalt auf Hilfe angewiesen sei. Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, dass die Ursache für die persistierenden Beschwerden überwiegend wahrscheinlich die Hyperkyphose des thorakolumbalen Übergangs sei, welche durch die Fraktur selbst und durch den Korrekturverlust im Verlauf bedingt sei. Um eine global ausgeglichene sagittale Balance zu erreichen, müsse die Versicherte kompensatorisch eine Hyperlordose der LWS sowie eine entkyphosierende Haltung der BWS einnehmen, was sich in der Bildgebung objektivieren lasse. Hierzu passe schlüssig die Tatsache, dass Stehen an Ort rasch Schmerzen verursache, da die Kompensationsmechanismen zu einer muskulären Überlastung führen würden. Daraus resultie-

re aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht, dass eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit über die bereits attestierten 30 % hinaus auf absehbare Zeit nicht zu erwarten sei.

7.14 Im Rahmen des vorliegenden Verfahrens holte die Beschwerdegegnerin eine versicherungsinterne orthopädisch-chirurgische Beurteilung ein. Am 23. April 2020 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, dass das im Bericht der Kreisärztin Dr. B.\_\_\_\_ vom 23. März 2018 attestierte Zumutbarkeitsprofil, wonach die Versicherte angepasste Tätigkeiten im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Sitzen und Gehen im Umfang von 50 %, unterbrochen von ausreichend langen Pausen, ausüben könne. Im Verlauf habe sich keine wesentliche Veränderung eingestellt. Aktuell sei es der Versicherten – wie sich aus dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2020 ergebe – möglich, bis zu 2 Stunden zu sitzen. Zudem könne sie bis zu 30 Minuten in der Ebene gehen. In der Schweiz benötige die Versicherte eine tägliche Analgesie. Gewichtsbelastungen seien offensichtlich nur minimal möglich. Vornübergebeugte Haltungen und Seitwärtsbewegungen des Körpers seien schmerzhaft. Im warmen Klima von Martinique sei eine Analgesie nicht erforderlich und sie könne dreimal pro Woche ein Fitnesstraining durchführen. Vor diesem Hintergrund sei davon auszugehen, dass die Versicherte in der Lage sei, als Juristin täglich 2 x 2 bis 2,5 Stunden im Wechsel zwischen Sitzen und Gehen eine volle Leistung zu erbringen. Dazwischen seien ausreichend lange Erholungsphasen von 2 bis 3 Stunden zu ermöglichen. Bei diesem Wechselrhythmus sei bei angepasster Analgetikatherapie keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu erwarten. Insgesamt sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen.

7.15 Am 1. Mai 2020 erfolgte eine neurologische Beurteilung, wobei PD Dr. E.\_\_\_\_ festhielt, dass überwiegend wahrscheinlich kein objektivierbares neurologisches Defizit mehr vorliege. Eine neurogene Blasenentleerungsstörung sei bei fehlendem Restharn und fehlender Detrusor-Sphinkter Dyssynergie sowie einer regelrechten sakralen Sensomotorik zu keinem Zeitpunkt ausgewiesen gewesen. Die Diagnose einer Paraplegie sub S2 ASIA D sei somit eine historische Diagnose ohne ausgewiesenes objektivierbares neurologisches Defizit und ohne klinisch und/oder bilddiagnostisch ausgewiesene Myelonschädigung im Conusbereich oder lumbosakraler Wurzelschädigung im Caudabereich. Aus neurologischer Sicht bestünde rein unfallbedingt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

7.16 Die IV-Stelle beauftragte Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit einem bisdisziplinären Gutachten, welches am 30. Juni/31. Juli 2020 erstattet wurde. In rheumatologischer Hinsicht wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches thorakolumbvertebrales Schmerzsyndrom bei sekundärer Hyperkyphose am thorakolumbalen Übergang diagnostiziert. Unter Berücksichtigung der bestehenden und plausiblen Restbeschwerden am Bewegungsapparat könne die kreisärztliche Beurteilung vom 21. [recte: 23.] März 2018 bestätigt werden. Demnach sei die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit als Juristin sowie in anderen leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten vorwiegend gehend und sitzend, weniger stehend, ohne rückenbelastenden Arbeitsabläufen mit längerdauernden oder wiederholten vornübergeneigten Haltungen oder repetitiven Bück- oder Torsionsbewegungen zu 50 % arbeitsfähig. In psychiatrischer Hinsicht wurde eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.0) und eine psychische und Verhaltensstörung durch Benzodiazepine (Abhängigkeitssyn-

drom mit andauerndem Substanzgebrauch; ICD-10 F13.25) festgestellt. Die Versicherte befinde sich in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung. Es sei von einem ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen liege aber nicht vor. Das Fähigkeitsniveau sei gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP leicht- bis mittelgradig eingeschränkt. Beeinträchtigt seien namentlich die Durchhalte- und die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Juristin betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit dem Unfallereignis am 13. Dezember 2015 gemittelt 40 %. Sie habe einen vermehrten Pausenbedarf. In einer angepassten Verweistätigkeit ohne grössere kognitive Beanspruchung betrage die Arbeitsfähigkeit 80 %. Aus gesamtmedizinischer Sicht müsse von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Ein additiver Effekt der Einschränkungen aus rheumatologischer und rheumatologischer Sicht liesse sich nicht begründen.

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. Februar 2020 bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Versicherten auf die Kreisarztberichte vom 23. März 2018 und 26. Juli 2019 sowie auf die Berichte des Suva-Versicherungspsychiaters Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 30. November 2017 und 7. November 2018. Sie ging demgemäss davon aus, dass der Versicherten in somatischer Hinsicht leichte berufliche Tätigkeiten mit der Möglichkeit zum Positionswechsel und ausreichend langen Pausen im Umfang von 50 % zumutbar seien und die teilkasualen psychischen Beschwerden keine relevante, die somatische Beeinträchtigung übersteigende Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 5.3 hiervor), sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen stützt. Bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Vorliegend ergibt sich indes nichts, was Zweifel an der Stichhaltigkeit der Angaben der Dres. B.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ wecken würde. Die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Ergebnisse der kreisärztlichen resp. versicherungsmedizinischen Beurteilungen beruhen auf einer persönlichen Untersuchung der Versicherten und auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten. Ihre Beurteilungen erweisen sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Demnach ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass der Versicherten trotz der dokumentierten Dauer-, Bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen sowie Bewegungseinschränkung angepasste Tätigkeiten zu 50 % zumutbar sind.

8.2.1 Daran vermag die Kritik der Beschwerdeführerin an den medizinischen Entscheidungsgrundlagen nichts zu ändern. Wenn sie zunächst geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe nicht berücksichtigt, dass neue Untersuchungen und Röntgenbilder eine deutliche Verschlechterung des Gesamtzustands seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. März 2018 zeigen würden, kann ihr nicht beigeplichtet werden. Zwar ist aufgrund der vorliegenden fachärztlichen Berichte der behandelnden Ärzte und der glaubhaften Schilderungen der Beschwerdeführerin belegt, dass ihre Arbeitsfähigkeit infolge des Unfallereignisses erheblich eingeschränkt ist und sie sich

in verschiedenen medizinischen Disziplinen Behandlungen, Therapien und Kontrollen unterziehen muss. Gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten ergeben sich aber im hier relevanten Zeitraum bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 14. Februar 2020 keine gesicherten Anhaltspunkte für eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Zunahme der Arbeitsunfähigkeit. Vielmehr wird in den aktuellen fachärztlichen Beurteilungen (vgl. Berichte der Dres. D.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_ sowie F.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ vom 21. April 2020, 1. Mai 2020 und 30. Juni/31. Juli 2020) im Vergleich zu den kreisärztlichen und versicherungsmedizinischen Beurteilungen vom 23. März 2018, 30. November 2017, 7. November 2018 und 26. Juli 2019 eine im Wesentlichen gleich gebliebene Leistungsfähigkeit beschrieben. Diese Berichte lassen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Einspracheentscheids zu und sind daher im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigen (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b).

8.2.2 Soweit sich die Beschwerdeführerin auf die abweichende Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ in den Berichten vom 29. Mai 2019 und 27. Februar 2020 beruft, wonach die Arbeitsfähigkeit maximal 30 % betrage, ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits praxisgemäss nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2018, 8C\_29/2018, E. 3.2.2). Weiter ist zu beachten, dass eine fachärztliche Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Expertinnen und Experten praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern sie – wie hier – lege artis vorgegangen sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil behandelnde Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2018, 8C\_874/2017, E. 5.2.2). Vorliegend bringt Dr. C.\_\_\_\_ keine Gesichtspunkte vor, die im Rahmen der kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. B.\_\_\_\_ nicht berücksichtigt worden wären, auf eine unzutreffende Feststellung der Kreisärztin schliessen lassen würden oder Zweifel an ihrer Beurteilung zu begründen vermöchten. Geringe Zweifel ergeben sich auch nicht aus den Berichten der Dres. D.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ vom 21. April 2020, 1. Mai 2020, 30. Juni und 31. Juli 2020. Vielmehr stehen die Beurteilungen der Kreisärztin Dr. B.\_\_\_\_ vom 23. März 2018 und 26. Juli 2019 im Einklang mit derjenigen des Gutachters Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2020, der – nach persönlicher Untersuchung der Versicherten – ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestierte. Zusätzlich einschränkende psychische Unfallfolgen sind nicht ausgewiesen. Weiter ergeben sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte Dres. J.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ vom 3. und 4. Dezember 2018 oder aus den Berichten der Klinik L.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2019 und der Klinik M.\_\_\_\_ vom 14. August 2019 keine relevanten neuen Erkenntnisse. Insgesamt liegt nichts vor, was auch nur geringe Zweifel an den Beurteilungen der Versicherungsmedizinerin resp. des Versicherungsmediziners Dres. B.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ vom 30. November 2017, 23. März 2018, 7. November 2018 und 26. Juli 2019 erwecken könnte. Bei dieser Sach- und Rechtslage kann in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf wei-

tere Abklärungen verzichtet werden. Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids wäre im Rahmen einer Revision zu beurteilen.

9. Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf die Beurteilungen der Dres. B.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ vom 30. November 2017, 23. März 2018, 7. November 2018 und 26. Juli 2019 davon ausgegangen ist, dass dieser die bisherige Tätigkeit als Juristin sowie andere angepasste Tätigkeiten zu 50 % zumutbar sind. Eine zwischenzeitliche Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Zunahme der Arbeitsunfähigkeit ist im hier relevanten Zeitraum bis 14. Februar 2020 nicht ausgewiesen. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung der Vergleichseinkommen vorzunehmen wäre und die Berechnung auch von der Versicherten nicht beanstandet wurde, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem durch die Beschwerdegegnerin angestellten Einkommensvergleich. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Februar 2020, mit welchem der Versicherten ab 1. Oktober 2018 eine UVG-Invalidenrente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 50 % zugesprochen wurde, ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

10. Art. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020, hier massgebenden Fassung hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zugesprochen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>