



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 27. Februar 2025 (725 23 190)

Unfallversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung	Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller
-----------	--

Parteien	A. , Beschwerdeführerin, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel
----------	---

gegen

AXA Versicherungen AG, Rechtsdienst, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Martin Bürkle, Rechtsanwalt, Thouvenin Rechtsanwälte KLG, Klausstrasse 33, 8024 Zürich

Betreff	Leistungen
---------	------------

A. Die 1968 geborene A. erlitt am 18. August 1995 einen ersten Unfall. Sie zog sich als Mitfahrerin in einem Tram bei einem Zusammenstoss zwischen dem Tram und einem Reise-car eine Distorsion der Halswirbelsäule mit zusätzlicher Commotio zu. Die damals zuständige Unfallversicherung Suva sprach A. mit Einspracheentscheid vom 12. Februar 2002 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % und eine Integritätsentschädigung

basierend auf einem Integritätsschaden von 45 % zu. Am 14. Januar 2018 stürzte sie beim Skifahren auf der Skipiste heftig und zog sich ein Polytrauma zu. Sie wurde mit der Rega ins B.____-Spital geflogen. Dort wurden folgende Diagnosen gestellt: Berstungs-Fraktur BWK 2 und BWK 3, Lungenkontusion Ober- und Unterlappen rechts, Rippenserienfraktur rechts dorsal, obere und untere Schambeinast-Fraktur links und eine Massa lateralis Os sacrum-Fraktur rechts. A.____ wurde am 16. Januar 2018 im B.____-Spital operiert. Zu diesem Zeitpunkt war sie durch ihren Arbeitgeber bei der AXA Versicherungen AG (AXA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Im Oktober 2019 gab die AXA ein polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie bei der Gutachterstelle Zofingen (gutso) in Auftrag, welches am 29. Dezember 2020 erstattet wurde. Die Gutachter kamen zum Ergebnis, es bestehe sowohl im angestammten Beruf als Medizinische Praxisassistentin / Eventmanagerin als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 0 %. Des Weiteren bestehe ein Integritätsschaden ausschliesslich aus der in leichter kyphotischer Fehlstellung verheilten BWS-Fraktur und betrage 10 %. Mit Verfügung vom 9. Februar 2022 stellte die AXA ihre Taggelderleistungen sowie die Leistung von Heilbehandlungskosten mit Ausnahme von ein bis maximal zwei Serien Physiotherapie pro Jahr per 28. Februar 2021 ein. Ausserdem wurde eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 10 % zugesprochen. Der Anspruch auf eine Rente wurde abgelehnt. Eine dagegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 12. Mai 2023 abgewiesen.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Markus Schmid, mit Eingabe vom 14. Juni 2023 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr ab 1. März 2021 eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100 % auszurichten. Weiter sei die Beschwerdebeklagte zu verpflichten, ihr eine Integritätsentschädigung ausgehend von einem durch das Unfallereignis vom 14. Januar 2018 hervorgerufenen Integritätsschaden von mindestens 25 % auszurichten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde die Durchführung einer öffentlichen Parteiverhandlung beantragt. Weiter sei die Beschwerdebeklagte zu verpflichten, dem Gericht die gesamten Akten versehen mit einem Aktenverzeichnis zusammen mit der Beschwerdeantwort einzureichen, alle Begehren unter o/e Kostenfolge.

C. Mit Vernehmlassung vom 4. September 2023 lässt die AXA, vertreten durch Rechtsanwalt Martin Bürkle, die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde beantragen.

D. Anlässlich der Parteiverhandlung vom 31. Oktober 2024 wird die Beschwerdeführerin zum Sachverhalt befragt. Auf ihre Ausführungen wird – soweit erforderlich – in den Erwägungen eingegangen. In ihren Parteivorbringen halten die Rechtsvertreter an ihren jeweiligen Anträgen und Begründungen fest.

E. Mit Beschluss vom 31. Oktober 2024 stellte das Kantonsgericht den Fall aus und räumte der Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Beschwerderückzug ein. In der Begründung wurde im Wesentlichen festgehalten, dass das Kantonsgericht – im Falle eines Urteils – beabsichtige, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit zur Vornahme

weiterer Abklärungen und anschliessenden Neubeurteilung an die AXA zurückzuweisen. Dies könne möglicherweise zu einer Schlechterstellung (reformatio in peius) führen.

F. Mit Eingabe vom 14. November 2024 liess die Beschwerdeführerin mitteilen, dass sie an ihrer Beschwerde festhalte.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten ist demnach einzutreten.

2. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente sowie die Höhe der Integritätsentschädigung. Nicht umstritten ist, dass der Endzustand per 28. Februar 2021 eingetreten ist.

2.1 Nach 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 Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist und sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes 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).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). 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 im Sinne einer Teilursache zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 337 E. 1 mit weiteren Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossen Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.1 Für die Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die Verwaltung bzw. das Gericht regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Das Gericht hat diese 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 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.2 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).

3.2.1 So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2019, 9C_609/2018, E. 3.2.2).

3.2.2 Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen – so auch der Berichte von RAD-Ärztinnen und -Ärzte – wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung) eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.7, Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C 385/2014, E. 4.2.2).

3.2.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] 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 Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärztinnen und Ärzte 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).

4. In vorliegender Angelegenheit liegen im Wesentlichen folgende relevanten medizinischen Unterlagen vor:

4.1 Im Austrittsbericht des C.____-Spitals vom 6. März 2018 zum Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 31. Januar 2018 bis 18. Februar 2018 wird ausgeführt, der Rehabilitationsverlauf habe sich regelrecht und relativ komplikationslos gestaltet. Es sei während des Aufenthalts eine

erfreuliche Besserung hinsichtlich Mobilität erzielt worden. Beim Duschen sei sie bei Austritt noch auf Hilfe angewiesen gewesen. Kurz vor dem Austritt habe die Patientin über intermittierende Schwindelattacken mit Kribbelparästhesien in den Fingern und der Zunge berichtet, die spontan zurückgetreten seien. Die Patientin habe in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen auf ihren Wunsch entlassen werden können. Zum weiteren Kraftaufbau und zur Besserung der Gangsicherheit und Gehleistung sowie Belastungsaufbau sei ein Stabilisationstraining der unteren Extremitäten geplant.

4.2 Aus Röntgenbildern vom Juni 2018 ergibt sich eine zunehmend konsolidierte Fraktur des oberen und unteren Schambeinastes, keine sekundäre Dislokation einer Fraktur der Massa Lateralis des Sacrum rechts.

4.3 In der Patientenakte der D.____-Klinik wird am 7. Juni 2018 festgehalten, bezüglich Hüfte und Becken sei die Versicherte komplett beschwerdefrei, starke Schmerzen würden im Bereich des linken Schulterblattes bestehen. Als Befund wird eine ausgeprägte Scapuladyskinesie, eine schmerzhaft e Einziehung im Narbenbereich mit teilweise ausstrahlender Dysästhesie sowie eine ausgeprägte Muskeldysbalance und eine Fehlfunktion der periscapulären Muskulatur festgehalten.

4.4 Dem Bericht des B.____-Spitals vom 26. Juni 2018 lässt sich anamnestisch entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bezüglich der Beckenfrakturen beschwerdefrei sei und keine Schmerzmedikamente für das Becken brauche. Bezüglich der Frakturen BWK 2 und BWK 3 habe sie mit einer Neuraltherapie begonnen sowie persistierende Schmerzen unter Analgesie mittels Novalgin und Cymbalta behandelt. In der klinischen Untersuchung ergibt sich, dass die Beweglichkeit in der HWS und der BWS schmerzhaft stark eingeschränkt sei.

4.5 PD Dr. med. E.____, Spinale Chirurgie, B.____-Spital, führt in seinem Bericht vom 30. Juli 2018 über die Sprechstunde vom 26. Juli 2018 aus, die Versicherte klage über persistierende starke Schmerzen im Bereich der BWS-Fraktur. Sie könne kaum eine Stunde etwas unternehmen, weil die Schmerzen so sehr zunehmen würden, dass sie sich hinlegen müsse. Sie habe einen zweistündigen Arbeitsversuch unternommen, wegen der Schmerzen aber abbrechen müssen. PD Dr. E.____ hält einen guten Allgemeinzustand, akzentuierte Kyphose der oberen BWS, eine massive Verspannung des linksseitigen M. Trapezius sowie eine starke Druckdolenz fest. Das Gangbild sei unauffällig, Kraft und Sensibilität der oberen Extremitäten seien intakt. In der Radiologie zeige sich eine leichte Abkipfung der Fraktur, Stabilisation nach rechts, in der seitlichen Aufnahme seien die Spitzen der Schrauben in BWK 4 unverändert zu den Voraufnahmen und im Vergleich zu den Aufnahmen postoperativ nach caudal rotiert. Dies geschehe als Folge der kyphotischen Abkipfung der Frakturzone nach ventral. Es sei im CT zu einer Zunahme der Kyphose im Bereich der Fraktur gekommen. Es zeige sich zudem ein Lysesaum um die hinteren Schrauben. Beides könnte die protrahierten Schmerzen auslösen. Es sei zur Beurteilung der ligamentären Situation ein MRI geplant.

4.6 Im Bericht vom 6. September 2018 nimmt PD Dr. E.____ Stellung zum MRI der HWS und oberen BWS vom 15. August 2018. Das MRI zeige eine progrediente ossäre Durchbauung

der Wirbelkörper BWK 2 und 3 nach kompletten Berstungsfrakturen. Kein Anhalt für Pseudoarthrose, kein Anhalt für ligamentäre Verletzungen in den beteiligten Segmenten. Vorbestehend sei gelockertes dorsales Stabilisationsmaterial. Sowohl MRI als auch CT belegten eine Ausheilung der Frakturen. Andererseits verursache das gelockerte Synthesematerial wahrscheinlich Schmerzen. Er empfiehlt die Entfernung von Schrauben und Stäben.

4.7 Vom 17. bis 22. September 2018 ist die Beschwerdeführerin im B.____-Spital zwecks Osteosynthesematerialentfernung der BWK 1 bis 4 hospitalisiert. Postoperativ zeigt sich ein regelrechter Verlauf.

4.8 Am 3. Dezember 2018 berichtet PD Dr. E.____ über ein persistierendes cerviko-thorakales Schmerzsyndrom und einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Seit dem letzten Eingriff sei sie generell niedergeschlagen, immer wieder habe sie Erinnerungen an den Unfall, Albträume, dazu eine vegetative Symptomatik wie Obstipation und viel mehr Kopfschmerzen als früher. Einzig wirksame Therapie sei die Neuraltherapie bei Dr. J.____. Die Patientin unterscheide die jetzt bestehenden Schmerzen zu den Schmerzen nach dem Unfall 1995. Sie seien im Ausmass ausgeprägter.

4.9 Ab 4. Dezember 2018 begibt sich die Beschwerdeführerin in psychiatrische Behandlung bei med. pract. F.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie. Diese diagnostiziert im Januar 2019 eine PTBS und hält eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest.

4.10 PD Dr. E.____ berichtet am 25. Februar 2019. Es bestehe ein leicht regredientes cervico-thorakales Syndrom mit Schmerzangabe auf der VAS-Skala in Ruhe 2 mit deutlicher Zunahme unter körperlicher Belastung. Physiotherapie helfe gut. Dank psychiatrischer Betreuung sei sie auf gutem Weg, das Trauma zu verarbeiten. Es gebe für ihn keinen Anhaltspunkt, an der Diagnose PTBS und den Schmerzangaben zu zweifeln. Am 4. Juni 2019 hält PD Dr. E.____ fest, anamnestisch gehe es nicht besser als bei der letzten Untersuchung. Deshalb erfolgt eine Überweisung an hausinterne Spezialisten für chronische Schmerzen.

4.11 Med. pract. F.____ bestätigt im Bericht vom 3. Juli 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Neu stellt sie folgende Diagnosen: Panikstörung mittelgradig, Agoraphobie, Klaus-trophobie, Verdacht auf Störung durch Sedativa oder Hypnotika.

4.12 PD Dr. E.____ hält am 2. September 2019 fest, ein Urlaub in Italien habe gut getan. Sie habe sich bis zu 7 Stunden täglich hinlegen können. Er stellt fest, dass die Neuraltherapie wirksam sei. Klinisch bestehe auch ein deutlich gebesserter psychischer Zustand. Die Behandlung betreffend das chronische Schmerzsyndrom starte nun im September. Chirurgisch bestehe kein Handlungsbedarf.

4.13 Aus dem Bericht von med. pract. F.____ vom 6. Januar 2020 ergeben sich neue Diagnosen: Generalisierte Angststörung, Agoraphobie mit Panikattacken. Sie könne sich vorstellen, dass die Patientin aus psychischen Gründen zu 40 % im bestehenden 40%-Pensum arbeitsfähig sein könnte.

4.14 Das gutso-Gutachten datiert vom 29. Dezember 2020 und stützt sich auf orthopädische, psychiatrische und neurologische Untersuchungen vom Januar/Februar 2020 sowie auf eine neuropsychologische Untersuchung vom September 2020. Die Gutachter halten folgende Diagnosen fest:

- Myofasziale Verspannungen der oberen BWS bei Status nach Skiunfall-Polytrauma vom 14.01.2018 mit:
 - Berstungsfraktur BWK 2 und BWK 3
 - Lungenkontusion Oberlappen und Unterlappen rechts
 - Rippenserienfraktur 2-4 und 9-10 rechts dorsal
 - oberen und unteren Schambeinastfraktur links
 - Massa lateralis Os sacrum-Fraktur rechts
- Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10 F40.01; unfallfremd)
- Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1; unfallfremd)
- Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; unfallfremd)
- Neurasthenie (ICD-10 F48.0; unfallfremd)
- Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) mit ängstlichen und asthenischen Elementen (unfallfremd)
- Migräne ohne Aura (ICHD-3: 1.1; unfallfremd)
- "Persistent postural-perceptual dizziness" (unfallfremd)
- Status nach Neuritis vestibularis 02/2018 (unfallfremd)
- Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom rechts(unfallfremd)

Aus der Anamnese, die durch den orthopädischen Gutachter erhoben wurde, ergibt sich folgendes: Sie habe starke Schmerzen im Bereich vor allem der oberen BWS. Diese würden bis in den Hinterkopf strahlen und zu Zwangshaltungen führen. Dies sei äusserst schmerzhaft. Die ganze Umgebung der postoperativen Narbe sei äusserst druckempfindlich, weshalb sie keinen BH tragen könne. Die Schmerzen bestünden in Ruhe, aber auch beim Versuch von Bewegungen. Insbesondere bei Bewegungen am Kopf habe sie massive Schmerzen im oberen BWS-Bereich. Gelegentlich habe sie auch Schmerzen an den Schultern. Zusammen mit den BWS-Schmerzen komme es gehäuft zu massiven occipitalen Schmerzen bis zur Migräne und Lichtempfindlichkeit und Erbrechen. Manchmal habe sie das Gefühl, die Finger würden taub.

Unter dem Titel "Zusammenfassung und Beurteilung" wird in einem ersten Schritt eine leichte traumatische Hirnverletzung als Folge des Unfalls 1995 verneint. Es werden Bemerkungen zur damaligen Kollisionsgeschwindigkeit getätigt. Die damalige Behandlung der vermuteten HWS-Verletzung wird bemängelt, wobei eine relevante HWS-Verletzung von den Gutachtern eindeutig verneint wird, auch mit Blick darauf, dass sich bis 2018 keine relevanten Veränderungen der HWS ergeben hätten. In Bezug auf den Unfall im Jahr 2018 wird eine Bewusstseinsstörung und eine Amnesie verneint.

Der orthopädische Gutachter anerkennt, dass die Schrauben bei der Operation nicht optimal gesetzt worden seien. Man habe dann eine gewisse Kyphosierung in Kauf genommen. Er hält fest,

dass die Frakturen BWK 2 und 3 vollständig ossär verheilt seien und neurologische Störungen nie aufgetreten seien. Gewisse Restbeschwerden seien trotz Untersuchungsschwierigkeiten anzunehmen, die Beweglichkeit sei leicht eingeschränkt. Durch die Verletzungen an der BWK könnten keine mechanischen Störungen der Schultern und Arme erklärt werden. Unspezifische myalgiforme Verspannungen, generell Verspannungen im BWS-Bereich, Wetterfühligkeit und eine gewisse Hypersensibilität im Narbenbereich seien durchaus nachvollziehbar. Sie seien durch die leichte Kyphosierung erklärbar. Das schränke jedoch die globale Beweglichkeit der Wirbelsäule nicht relevant ein. Es sei von einer vollen Belastungs- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Arbeiten mit monotoner Zwangshaltung wie auch Arbeiten mit Heben und Tragen von schweren Lasten, Überkopfarbeiten und langes Arbeiten bei Kälte und Nässe seien nicht zumutbar. Eine volle Leistungsfähigkeit sei für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Möglichkeit, zwischen Sitzen und Stehen zu wechseln gegeben. Die aktuell angegebenen Schmerzen seien in der Intensität nicht nachvollziehbar. Auch die Verletzungen im Bereich des Beckens würden die Tätigkeit als Medizinische Praxisassistentin nicht einschränken, auch wenn sich entwickelnde Schmerzen im ISG-Bereich denkbar seien. Ausserdem schätzt der orthopädische Gutachter den Integritätsschaden gestützt auf die Suva-Tabelle 7 mit 10 %.

Der Neurologe diskutiert den Schwindel, wobei er einen Lagerungsschwindel als nur möglich beurteilt. Bei den attackenartig auftretenden Kopfschmerzen handle es sich sicher um eine Migräne ohne Aura. Diese sei klar unfallfremd, da keine schmerzempfindlichen Strukturen am Kopf verletzt seien. Er beurteilt weiter das Einschlafen am Arm. Dabei könne es sich um unspezifische Auswirkungen von Muskelverspannungen in Nacken und Schulter handeln. Davon seien offensichtlich die Behandler ausgegangen. Es könne sich auch um ein Carpal-tunnelsyndrom handeln. Er empfiehlt, dies abzuklären.

Der psychiatrische Gutachter analysiert vorab die Lebensgeschichte, schliesst auf massive frühere narzisstische Kränkungen, Erschütterung des Selbstbewusstseins mit folgender Mamma- plastik und folgender Behandlung nach wiederholten Kränkungen bis 2010 bei einer Frau Dr. G. _____. Er beurteilt die Behandlung durch den Partner der Beschwerdeführerin nach dem Unfall 2018 als aussergewöhnlich und leitet daraus eine ungünstige Dynamik ab. Dieser habe auch die Beschwerden vom Unfall 1995 hervorgehoben und in Unkenntnis der damaligen Fehlverarbeitung auch die Fehlverarbeitung des Unfalls im Jahr 2018 in Gang gesetzt. Bezüglich dieses Unfalls seien anfänglich keine psychischen Beschwerden erwähnt. Erst der Partner habe im August 2018 solche angeführt. Der Partner habe auch erste psychotherapeutische Interventionen vorgenommen, was mangels Fachkenntnisse und fehlender Neutralität ungünstige Konsequenzen haben könne. Der Gutachter verneint eine PTBS und nimmt Stellung zu med. pract. F. _____, die den Unfall 1995 ausser Acht gelassen habe. Er gelangt nach längeren Überlegungen zum Schluss, dass eine Krankheitsverarbeitungsstörung vorliege. Diese führe zu offensichtlicher Aggravation von somatischen und kognitiven Beschwerden. Dass diese Störung bei der Verarbeitung der Folgen des Unfalls 2018 eine wesentliche Rolle spielen würden, lasse sich aufgrund von diversen, inadäquaten Verhaltensweisen erkennen, welche in den Untersuchungen erfasst worden seien. Eine depressive Störung liege nicht vor, wenn doch, dann höchstens in leichter Form. Tatsächlich müsse eine Agoraphobie mit Panikattacken diagnostiziert werden. Anamnestisch würden sich Hinweise auf eine Angststörung ergeben. Die Akten würden Hinweise liefern über eine bereits

früher vorhandene episodisch paroxysmale Angst, womit die Störung als vorbestehend beurteilt werden müsse. Die generalisierte Angststörung stehe nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfall 2018. Dass die Angststörungen nach dem zweiten operativen Eingriff vom 18. September 2018 offensichtlich eskalierten, hänge mit vernünftiger Wahrscheinlichkeit mit dem Opiatentzug zusammen. Ferner müsse die Diagnose chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt werden. Die Schmerzen würden gemäss Feststellungen aller Untersucher im Rahmen der Krankheitsverarbeitungsstörung relevant aggraviert. Weiter werden eine Neurasthenie und akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert.

Die neuropsychologische Untersuchung gelangte im Wesentlichen zum Ergebnis, es liege eine Aggravation kognitiver Minderleistungen vor, weshalb von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgesehen wurde.

4.15 Prof. Dr. med. H.____, Chefarzt Spinale Chirurgie, B.____-Spital, führt in seinem Bericht vom 4. Mai 2021 aus, die Versicherte leide an progredienten, belastungsabhängigen Schmerzen am cervikothorakalen Übergang bei Status nach Stabilisation traumatischer Berstungsfrakturen BWK 2 und BWK 3 und Implantatentfernung bei Lockerung. In der klinischen Untersuchung falle eine schwere Kyphose der oberen BWS auf mit kompensatorischer Hyperlordose der HWS. Als bildmorphologisches Korrelat zeige die Ganzwirbelsäulenaufnahme eine schwere posttraumatische Kyphose, sowohl im ehemaligen Fraktur-Bereich mit Keilwirbelbildungen von BWK 2 und BWK 3 sowie zusätzlicher Proximal Junctional Kyphosis (PJK) und Distal Junctional Kyphosis (DJK). Die Gesamtkyphose Th1/Th12 mit einem Cobb-Winkel von 102° sei gegenüber den postoperativen Stellungskontrollen vom 24. Januar 2018 mit einem Cobb-Winkel von 62° stark progredient. Die SVA (Sagittal Vertical Axis) betrage 197 mm, liege vor den Femurköpfen und entspreche somit einer ausgeprägten positiven sagittalen Dysbalance. Die Beschwerden seien durch diese radiologisch gut dokumentierte, schwere progrediente Fehlstellung erklärt. Aufgrund des bisherigen Verlaufes halte er eine weitere Progredienz der Kyphose für sehr wahrscheinlich. Hinzu komme, dass durch die kompensatorische Hyperlordose der HWS die Facettengelenke stärker belastet würden und damit das Risiko für eine vorzeitige Arthrose bestehe. In der Zusammenschau der Befunde sei für ihn deshalb die Indikation zur Korrektur-Spondylodese von C5 bis L1 mit Ponte-Osteotomien auf mehreren Etagen oder je nach Rigidität der Kyphose ggf. 3CO (three column osteotomies) gegeben. Die Operation würde unter Neuromonitoring erfolgen. Zum jetzigen Zeitpunkt sehe sich die Versicherte psychisch nicht in der Verfassung, sich einer solch grossen Operation zu unterziehen. Somit würden aktuell die Schmerztherapie sowie die physiotherapeutischen Massagen, Lockerungs- und Dehnungsübungen und Faszientechniken verbleiben. Zur Stabilisierung des Zustandes sei die Patientin auf die regelmässige Physiotherapie im Sinne einer Langzeittherapie angewiesen. Aufgrund der subjektiven Beschwerden und der klinisch und radiologisch gut korrelierenden Befunde, sei die Versicherte in ihrer Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin aus seiner Sicht aktuell zu 100 % arbeitsunfähig.

4.16 Nachdem die Beschwerdeführerin das Gutachten mit Schreiben vom 9. April 2021 ausführlich bemängelt hatte, bezogen die Gutachter mit Schreiben vom 29. Oktober 2021 ergänzend Stellung. Dabei nahmen die Gutachter insbesondere auch zum Bericht von Prof. H.____ vom 4. Mai 2021 Stellung. Vorweg wird vorgebracht, Prof. H.____ habe den Unfall aus dem Jahr 1995

nicht erwähnt. Er habe über verschiedene Methoden der Winkelmessung geschrieben, was jedoch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von Bedeutung sei. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht aufgrund der radiologischen Befunde, sondern aufgrund der umfassenden Würdigung der klinischen Befunde, den krankheitsbedingten Funktionsstörungen und deren Auswirkungen auf die spezifischen beruflichen Anforderungen beurteilt worden. Mit den Ausführungen von Prof. H._____ müsse von einer Besserung betreffend HWS-Rotation über das altersübliche Mass hinaus ausgegangen werden. Der Orthopäde der gutso schliesst sich der Beurteilung von Prof. H._____ nicht an. Er weist auf eine erhebliche Fehlhaltung hin, die aus dem Röntgenbild vom 16. März 2021 ersichtlich sei. Darauf gehe Prof. H._____ nicht ein. Seine Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit seien pauschal und unbegründet. Weiter führt der orthopädische Gutachter aus, dass man ein MRI mehrfach geplant habe, ein solches jedoch nicht durchführbar gewesen sei. Die im MRI erkennbaren Pathologien hätten indessen einzig auf die Höhe des Integritätsschadens potentiellen Einfluss gehabt. Die Prüfung, ob deshalb bezüglich der Frage eines allfälligen höheren Integritätsschadens Beweislosigkeit vorliege, müsse der Rechtsanwender entscheiden. Für die Frage der weiteren Behandlungsnotwendigkeit und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei die radiologische Untersuchung nicht erforderlich. Diese Auswirkungen würden sich aus den Funktionseinschränkungen ableiten. Weiter wird ausgeführt, dass es nach der Materialentfernung durchaus zu einer gewissen Nachsinterung im Frakturbereich gekommen sein könne, aber nicht in dem Ausmass wie von Prof. H._____ beschrieben. Es müsse eine Osteoporose postuliert werden. Zur von Prof. H._____ erwähnten Indikation einer Operation sei festzuhalten, man müsse für eine solche Indikation genau die Pathologien, d.h. Befunde eines MRI kennen. Nochmals wird wiederholt, dass der genaue Winkel Einfluss auf die Höhe des Integritätsschadens haben könne. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei dies aber nicht von Belang.

4.17 Dr. med. I._____, Chefärztin Wirbelsäulenchirurgie Spital K._____, diagnostiziert in ihrem Bericht vom 25. März 2022 eine progrediente PJK und DJK. Die Patientin versuche nach ihrem Ermessen glaubhaft, alle ihr zur Verfügung stehenden Therapien umzusetzen, um eigenständig wieder ins Berufsleben zurückzufinden. Eine Fehlstellung, wie sie in der letzten Röntgenaufnahme vom 16. März 2021 dokumentiert sei, sei nicht physiologisch und mit einem enormen muskulären Aufwand verbunden. Die Arbeit bestehe darin, den Kopf zu tragen, dessen Schwerpunkt weit nach vorne verlagert sei, um den aufrechten Blick zu halten und schliesslich nicht in einer Dropped-Head-Position zu verharren. Zudem sei ein enormer Effort nötig, um das Gleichgewicht zu halten. Dies erkläre, warum in liegender Position alles erträglicher sei. Um dem Problem Rechnung zu tragen, wäre eine Spondylodese nötig. Sie erachte die Beschwerdeführerin als zu 100 % arbeitsunfähig ein. Sie empfiehlt dringendst, ein Gegengutachten von einem unabhängigen spinalen Chirurgen einzuholen.

5. Die AXA stellte ihre Leistungen per 28. Februar 2021 gestützt auf das Gutachten der gutso vom 29. Dezember 2020 und deren ergänzenden Stellungnahme vom 29. Oktober 2021 ein.

5.1 Das Gutachten erscheint formell umfassend und korrekt erstellt. Es beruht auf eigenen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Es liegen detaillierte Beurteilungen der Experten und eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vor. In materieller Hinsicht ist jedoch

vorweg festzustellen, dass ein offensichtlicher Mangel vorhanden ist. Die Gutachter haben zwar versucht, aktuelle radiologische Abklärungen vorzunehmen, was ihnen zugute zu halten ist. Dies ist ihnen jedoch nicht gelungen, weshalb im Ergebnis keine aktuellen Bilder vorliegen. Weiter ergibt sich, dass beim orthopädischen Gutachter aufgrund des Berichts von Prof. H._____ vom 4. Mai 2021 Unsicherheiten in Bezug auf die Bewertung des Integritätsschadens aufgetreten sind. Es ist zwar richtig, dass Prof. H._____ dem Unfall im Jahr 1995 – wie dies die Gutachter bemängelt haben – keine Beachtung geschenkt und auch zur Fehlhaltung keine Stellungnahme abgegeben hat. Der orthopädische Gutachter geht aber nicht davon aus, dass die Feststellungen von Prof. H._____ völlig falsch sind, sondern gesteht zu, dass in einem allfälligen MRI erkennbare Pathologien Einfluss auf die Höhe des Integritätsschadens haben können. Er führt sogar aus, es liege am Rechtsanwender zu entscheiden, ob nun Beweislosigkeit vorliege oder nicht. Von einer Beweislosigkeit kann vorliegend jedoch noch keine Rede sein, wenn ein MRI ergänzende Angaben liefern könnte. Es müsste also vorab geklärt werden, ob ein MRI zumutbar wäre, und dann die Beschwerdeführerin aufgefordert werden, sich einer solchen Untersuchung zu unterziehen. Am Ende des Ergänzungsberichts wiederholt der orthopädische Gutachter den möglichen Einfluss eines MRI auf die Integritätsentschädigung. Zu widersprechen ist dem Gutachter darin, dass die radiologische Befundung keinen Einfluss auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit haben könne. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind sämtliche Befunde, klinisch und auch radiologisch, zu berücksichtigen und zu erwägen. Es erscheint im vorliegenden Fall durchaus plausibel, dass weitere in der Bildgebung erkennbare Pathologien einen Einfluss auf die Schmerzsituation haben könnten. Der Gutachter führt selbst aus, dass die objektiven Befunde die Schmerzen nicht erklären könnten. Wenn dieser darauf abstellt, dass eben bei stabiler Abheilung einer Fraktur nach einschlägiger Leitlinie auch in leichter Kyphose von einer vollen Belastungs- und Leistungsfähigkeit auszugehen sei, so steht diesbezüglich gerade zur Diskussion, ob vorliegend noch von einer leichten Kyphose auszugehen ist.

In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten ist Folgendes anzumerken: Die Anamnese und die Beurteilung sind sehr ausführlich ausgefallen und auf den ersten Blick auch durchaus nachvollziehbar in der Herleitung der Diagnosen. Es fehlt jedoch eine Beurteilung der Unfallkausalität im Zusammenhang mit den vorhandenen psychiatrischen Krankheitsbildern. Abgesehen davon, dass der Gutachter die postulierte Krankheitsverarbeitungsstörung unter anderem mit Blick auf die somatisch erklärbaren Schmerzen beurteilt – was bei nicht genügender somatischer Abklärung bereits in Frage gestellt werden kann –, stellt er fest, dass diese Krankheitsüberzeugung bei der Verarbeitung der Folgen des Unfalls im Jahr 2018 eine wesentliche Rolle gespielt habe. Dazu ist festzustellen, dass – wenn eine Krankheitsverarbeitungsstörung vorliegt und diese zu einer Störung der Verarbeitung der Folgen eines Unfalls führt – geklärt werden muss, ob der Unfall zu einer Verschlimmerung allfälliger vorbestehender Krankheiten geführt hat. Der Gutachter führt weiter aus, dass gerade die Angststörungen nach der zweiten Operation eskaliert seien, vermutlich im Zusammenhang mit dem Opiatentzug. An keiner Stelle äussert sich der Gutachter dazu, ob der Unfall im Jahr 2018 zu einer Verstärkung der Angststörung geführt hat. Er führt zwar aus, dass nicht von einer Verschlechterung der Agoraphobie allenfalls aufgrund von radiologischen Untersuchungen ausgegangen werden könne, weil die Beschwerdeführerin bereits früher eine Sedation bei entsprechenden Untersuchungen benötigt habe. Keine Aussagen finden sich dazu, inwiefern sich der Unfall selber oder die nachfolgenden Behandlungen auf die Angststörung

ausgewirkt haben. Auch zu einer allfälligen Verschlechterung der Schmerzstörung wird nichts ausgeführt. Aufgrund der Aktenlage ist davon auszugehen, dass sich die Schmerzen insbesondere im Bereich der Unfallfrakturen verschlechtert haben. Diesbezüglich wäre interessant, ob die somatisch vermeintlich nicht erklärbaren Schmerzen trotzdem teilweise oder vollständig als natürlich kausal zum Unfall im Jahr 2018 zu sehen sind oder nicht. Dazu äussert sich der Gutachter nicht. Im Zusammenhang mit der psychiatrischen Einschätzung fehlt jedoch auch eine Auseinandersetzung mit der Schwere des Unfalls, da die Unfallfolgen doch erheblich waren. Dies wäre mit Blick auf mögliche psychische Folgen doch erwähnenswert. Demzufolge ist auch die psychiatrische Beurteilung unklar.

In Bezug auf die neurologische Beurteilung im gutso-Gutachten fällt auf, dass der Neurologe das Einschlafen des rechten Armes entweder auf Muskelverspannungen im Nacken oder Schulter oder auf ein Karpaltunnelsyndrom (CTS) zurückführt. Weder wird diese Frage geklärt noch, ob die Ursache (teilweise) unfallkausal ist oder ob sie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

5.2 Soweit die Beschwerdeführerin eine sexuelle Belästigung durch den psychiatrischen Gutachter geltend macht, ist diesbezüglich festzuhalten, dass dafür keine Beweise vorliegen. Eine Aufzeichnungspflicht der Begutachtung galt damals noch nicht. Die zeitnahe Aktennotiz, welche die Beschwerdeführerin anfertigen liess, spricht für ein Fehlverhalten. In der Beschwerde wird andererseits die Situation mit weiteren Sachverhaltselementen ergänzt, welche sich in der erwähnten Notiz nicht finden lassen, was einen gewissen Widerspruch darstellt. Allein gestützt auf diese Äusserungen kann somit nicht von einem Fehlverhalten des Gutachters ausgegangen werden.

5.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass das Gutachten in seinen Schlussfolgerungen nicht überzeugt. Es kann jedoch auch nicht auf die Beurteilung von Prof. H._____ abgestellt werden, wirft doch der orthopädische Gutachter zu Recht gewisse Fragen zur Fehlhaltung und der fehlenden Diskussion einer Osteoporose auf. Daran ändern auch die Ausführungen von Dr. I._____ nichts. Ausserdem bleiben auch Fragen aus psychiatrischer und neurologischer Sicht ungeklärt. Damit ergibt sich, dass der vorliegende Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt ist, weshalb die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen ist.

6.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

6.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, hat diese der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner

Honorarnote vom 31. Oktober 2024 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 25,1 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als zu hoch erweist. Insbesondere als zu hoch erscheint der für die Erstellung der Beschwerdeschrift angegebene Aufwand von 19 Stunden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Rechtsvertreter die Beschwerdeführerin bereits im Einspracheverfahren und auch im Rahmen des rechtlichen Gehörs zum gutso-Gutachten vertreten hat. So hat er am 9. April 2021 eine Stellungnahme zum gutso-Gutachten (24 Seiten), am 31. Januar 2022 eine Stellungnahme zu den ergänzenden Ausführungen der gutso-Gutachter und am 14. März 2022 die Einsprache verfasst. Dieser Aufwand erfolgte somit nicht im Beschwerdeverfahren. Unter diesen Umständen erscheint ein Aufwand von rund 12 Stunden für die Erstellung der Beschwerdeschrift als angebracht. Damit ergibt sich ein zu entschädigender Aufwand von insgesamt 18 Stunden (inklusive 4 Stunden Aufwand für die Parteiverhandlung), was einem vergleichbaren Aufwand in ähnlich gelagerten Fällen mit durchgeführter Parteiverhandlung entspricht. Es sind denn vorliegend auch keine ausserordentlichen Umstände ersichtlich, die einen höheren Aufwand rechtfertigen würden. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind ferner die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 129.80. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'004.80 (18 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 129.80 sowie 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

7.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutmachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

7.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

7.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung – wie die Rückweisung im

Hauptpunkt selbst – einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 648 E. 2.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C_567/2008, E. 2-4; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C_748/2007).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 12. Mai 2023 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die AXA Versicherungen AG zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die AXA Versicherungen AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'004.80 (inkl. Auslagen und 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.