



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

vom 15. April 2021 (725 20 246 / 93)

---

**Unfallversicherung**

**Fallabschluss ist nicht zu beanstanden; Würdigung des medizinischen Sachverhalts: Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung der Unfallkausalität; Rückweisung an Suva zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts; Adäquanz nach BGE 117 V BGE 117 V 369 ff. bzw. BGE 134 V 109 geprüft und bejaht: mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen, weshalb für die Bejahung der Adäquanz nur ein Kriterium nicht besonders ausgeprägt erfüllt sein muss.**

\_\_\_\_\_  
Besetzung           Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Margit Campell

\_\_\_\_\_  
Parteien           **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Silvan Ulrich, Advokat, Postgasse 3, Postfach 619, 4147 Aesch

gegen

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

\_\_\_\_\_  
Betreff           Leistungen

A.1.1 Die 1979 geborene A.\_\_\_\_\_ bezog ab 1. September 2008 wegen eines "failed back surgery"-Syndroms mit chronischem lumboradikulärem Schmerzsyndrom L5 rechts, bei Status nach

Prodisc-Implantation L5/S1 sowie Diskushernie L4/5 und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) eine halbe Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV). Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) leitete im August 2010 eine Rentenrevision von Amtes wegen ein. Aufgrund ihrer Abklärungen ermittelte sie in Anwendung der gemischten Methode einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 38 %. Gestützt auf dieses Ergebnis hob die IV-Stelle die laufende halbe Rente mit Verfügung vom 23. September 2011 auf. Die dagegen beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), erhobene Beschwerde wurde mit Urteil vom 26. Januar 2012 rechtskräftig abgewiesen.

A.1.2 Am 23. Januar 2015 meldete sich die Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Unter Hinweis auf die beim Unfall vom 8. August 2014 erlittenen Beeinträchtigungen beantragte sie eine Rente. Die IV-Stelle untersuchte den erwerblichen, den hauswirtschaftlichen und den gesundheitlichen Sachverhalt und holte bei Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, und PD Dr. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein bidisziplinäres Verlaufsgutachten ein, welches am 2. Dezember 2019/4. Januar 2020 erstattet wurde. Mit Vorbescheid vom 25. Februar 2020 teilte die IV-Stelle mit, dass sie beabsichtige, der Versicherten ab 1. August 2015 eine ganze Rente und ab 1. Februar 2020 eine halbe Rente auszurichten.

A.2 A.\_\_\_\_ war ab 1. August 2012 in einem 50 % Pensum bei der D.\_\_\_\_ AG in X.\_\_\_\_ als Schriftenmacherin angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung vom 13. August 2014 verunfallte die Versicherte am 8. August 2014 mit ihrer Familie auf einer Autobahn in Y.\_\_\_\_. Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht (Taggelder/Heilbehandlung). Mit Verfügung vom 30. September 2019 stellte sie ihre vorübergehenden Leistungen per Ende Oktober 2019 ein und sprach A.\_\_\_\_ mit Wirkung ab 1. November 2019 eine Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 16 % und für die verbleibenden Beeinträchtigungen aus dem Unfall vom 8. August 2014 eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Einbusse in der Integrität von 15 % zu. Begründend hielt sie fest, dass die Rente nur die reinen Unfallfolgen an der linken Schulter entschädige, nicht aber die krankheitsbedingten Faktoren wie das chronische lumboradikuläre Schmerzsyndrom L5, die Beschwerden an der Halswirbelsäule (HWS), die Ulnarisneuropathie am linken Ellbogen sowie das Ganglion am linken Handgelenk. Ebenfalls nicht entschädigt würden die psychischen Beeinträchtigungen, da diese nicht in einem adäquat-kausalen Zusammenhang mit dem erlittenen Ereignis stehen würden. Die dagegen erhobene Einsprache hiess die Suva mit Entscheid vom 19. Mai 2020 dahingehend teilweise gut, als sie der Versicherten eine Rente von 17 % zusprach. Die darüberhinausgehenden Begehren lehnte sie ab.

B. Dagegen richtet sich die vorliegende Beschwerde, welche die Versicherte, vertreten durch Advokat Silvan Ulrich, am 22. Juni 2020 beim Kantonsgericht einreichte. Sie beantragte unter o/e-Kostenfolge, es seien der Einspracheentscheid vom 19. Mai 2020 und die Verfügung vom 30. September 2019 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr weiterhin Taggelder auszurichten. Eventualiter seien der Einspracheentscheid vom 19. Mai 2020 und die Verfügung vom 30. September 2019 hinsichtlich des festgesetzten Invaliditätsgrads aufzuhe-

ben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die ihr zustehende Rente, mindestens basierend auf einem Invaliditätsgrad von 70 %, sowie die ihr zustehende Integritätsentschädigung auszurichten. Subeventualiter sei die Sache zum neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, es sei nicht rechtens, dass die Suva nur die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links anerkenne, denn auch die HWS- und die psychischen Beschwerden seien unfallbedingt. Da der medizinische Endzustand nicht eingetreten sei, sei die Beschwerdegegnerin zudem verpflichtet, weiterhin die vorübergehenden Leistungen auszurichten. Eventuell liege der Endzustand zwar vor, dann aber seien sämtliche unfallbedingten gesundheitlichen Einschränkungen zu berücksichtigen. Diese würden zu einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % führen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 8. Juli 2020 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde.

D. Anlässlich der Urteilsberatung vom 3. Dezember 2020 stellte das Kantonsgericht den Fall aus und räumte der Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Beschwerderückzug ein. Im Ausstellungsbeschluss wurde im Wesentlichen festgehalten, dass das Kantonsgericht im Falle eines Urteils beabsichtige, die Angelegenheit an die Suva zurückzuweisen, damit diese den medizinischen Sachverhalt weiter abkläre und neu verfüge, was möglicherweise zu einer reformatio in peius führen könne. Gleichzeitig wies es darauf hin, dass ein allfälliges Urteil gemäss § 1 Abs. 4 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 im Zirkularverfahren ergehen würde.

E. Am 23. Dezember 2020 liess die Beschwerdeführerin dem Kantonsgericht durch ihren Rechtsvertreter mitteilen, dass sie an ihrer Beschwerde vom 22. Juni 2020 festhalte.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 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 Z.\_\_\_\_, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a VPO 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 form- und fristgerecht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

1.2. Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Zu den geänderten Normen gehören auch die Bestimmungen von Art. 10 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 UVG, welche die Ansprüche auf Heilbehandlung und auf eine Invalidenrente regeln. Laut der Übergangsbestimmung von Art. 118 Abs. 1 UVG werden jedoch Versicherungsleistungen für Ereignisse, 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.

2. Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme der im Zusammenhang mit dem Unfall vom 8. August 2014 entstandenen Kosten (Taggelder/Heilbehandlung) zu Recht per Ende Oktober 2019 eingestellt und ob sie den Rentenanspruch sowie die Höhe der Integritätsentschädigung der Beschwerdeführerin korrekt bemessen hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 19. Mai 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 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.

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3.1 Eine weitere Voraussetzung für die Leistungspflicht des Unfallversicherers bildet das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (vgl. BGE 112 V 33 E. 1b).

3.3.2 Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzprüfung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Gemäss der für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall erarbeiteten sog. Psycho-Praxis (vgl. BGE 115 V 133) werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während nach der bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen anwendbaren sog. Schleudertrauma-Praxis auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (zum Ganzen: BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen wird erst dann gesprochen, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (für viele: Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Diese Untersuchungsmethoden müssen wissenschaftlich anerkannt sein (vgl. BGE 134 V 231 ff. mit Hinweisen). Alleine die grundsätzliche Geeignetheit eines Ereignisses, zu einer Verletzung zu führen, reicht nicht, um diese als organisch objektiv ausgewiesen zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2011, 8C\_310/2011, E. 4.5.1).

3.4 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifestiert bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr 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 (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbe gründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C\_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Der Sozialversicherungsprozess wird vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 lit. c ATSG). Das Sozialversicherungsgericht hat danach von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt nicht uneingeschränkt. Er findet sein Korrelat in der Mitwirkungspflicht der Parteien (vgl. BGE 122 V 158 E. 1a, 121 V 210 E. 6c je mit Hinweisen). Im Übrigen schliesst der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten der Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (ULRICH MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen [BJM] 1989, S. 32). Diese Beweisregel greift Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Weg der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b; MEYER-BLASER, a.a.O., S. 32).

4.2 Die rechtsanwendende Behörde ist zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – 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 ATSG) – 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 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 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 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 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG 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 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und des natürlichen Kausalzusammenhangs sind vorliegend im Wesentlichen folgende Berichte zu berücksichtigen:

5.2 Nach einer Erstbehandlung nach dem Unfall in Y.\_\_\_\_ begab sich die Beschwerdeführerin bei ihrer Rückkehr in die Schweiz ins Spital E.\_\_\_\_, Interdisziplinäre Notfallstation, Ambulante Chirurgie. Im Bericht vom 13. August 2014 wurden eine Kontusion des Thorax, der linken Schulter und der HWS links sowie ein persistierender Drehschwindel mit Übelkeit diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin habe ein Hochgeschwindigkeitstrauma (circa 120 km/h) bei einem Selbstunfall erlitten. Das Auto sei 50 Meter den Hang hinuntergefahren und habe sich fünf Mal überschlagen. Die Versicherte sei bei Bewusstsein geblieben und habe so ihren Mann und ihre zwei Kinder aus dem Auto herausziehen können. Seit dem Unfall leide sie an Schmerzen im Nacken, der linken Schulter und im Thorax links.

5.3 Vom 13. bis 29. August 2014 befand sich die Beschwerdeführerin im Spital F.\_\_\_\_, Zentrum für Rehabilitation und Altersmedizin. Im Bericht vom 29. August 2014 wurden (1) eine Kontusion des Thorax links, der Schulter und der HWS bei einem Autounfall am 8. August 2014 und bei CT des Thorax/Abdomen/HWS am 12. August 2014 ohne Hinweise auf Frakturen sowie MRT des Schädels und der HWS am 13. August 2014 ohne Blutung oder Dissektion, (2) ein Verdacht auf einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel nach Trauma und einen persistierenden Drehschwindel mit Übelkeit, (3) eine mindestens mittelschwere posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach Unfall vom 8. August 2014 und (4) ein Status nach Bandscheiben-OP mit Titeinsatz L5/S1 diagnostiziert. Aufgrund der intensiven analgetischen Therapie und der unter-

stützenden Massnahmen der Physiotherapie habe eine deutliche Verbesserung der Gelenkmobilität erzielt werden können. Allerdings beklage die Versicherte zunehmend Schmerzen vor allem im linken Schulter- und Armbereich entsprechend einem radikulären Reizsyndrom C8. Aus diesem Grund sei eine zweite radiologische Abklärung gemacht worden, wobei neben konventionellem Röntgen der Schulter und des linken Unterarms mit Ellbogen und Handgelenk eine erneute MRT-Untersuchung der HWS und der Schulterregion durchgeführt worden sei. Auch hierbei hätten Frakturen ausgeschlossen werden können. In der MRT der HWS habe sich aber eine Discusprotrusion unklaren Alters im Bereich C6 gezeigt, die aber nicht die Schmerzproblematik des radikulären Reizes im Dermatome C8 erkläre. In der Schulteruntersuchung seien eine Verletzung der Rotatorenmanschette und ein Einriss der Subscapularissehne erkennbar gewesen. Während des stationären Aufenthalts sei die Versicherte in dieser Krisensituation durch einen Psychologen betreut worden.

5.4.1 Am 9. März 2015 wurde bei der Beschwerdeführerin im Spital E.\_\_\_\_, Orthopädie/Traumatologie, eine Schulterarthroskopie links mit Bizepssehnenentodese, subacromialer Dekompression und Acromioplastik sowie eine AC-Gelenksresektion durchgeführt. Im Austrittsbericht vom 16. März 2015 (act. 191 f.) sind als Diagnosen (1) eine posttraumatische Tendinopathie der Bizepssehne links mit symptomatischer posttraumatischer AC-Gelenkarthrose nach Verkehrsunfall vom 8. August 2014 und (2) ein Verdacht auf ein lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts mit/bei Status nach Prodisc-Implantation L4/5 vor Jahren aufgeführt.

5.4.2 Im Rahmen einer postoperativen Kontrolle im Spital E.\_\_\_\_, Orthopädie/Traumatologie, welche am 24. April 2015 stattfand, wurde festgestellt, dass die Versicherte weiterhin über starke Schmerzen klage. Aus diesem Grund sei eine multimodale Rehabilitation und Schmerztherapie indiziert. Da die Versicherte aufgrund ihrer familiären Situation mit zwei kleinen Kindern nicht drei Wochen vollkommen von der Familie entfernt sein könne, werde eine intensivierete ambulante Therapie im Spital G.\_\_\_\_ vereinbart (vgl. Bericht vom 11. Mai 2015).

5.5.1 In der Folge kam es nach weiteren AC-Infiltrationen zu einer kurzzeitigen Beschwerdelinderung. Eine dauerhafte Besserung konnte aber nicht erzielt werden. Aus diesem Grund unterzog sich die Beschwerdeführerin am 25. April 2016 erneut einer Schulterarthroskopie im Spital E.\_\_\_\_, Orthopädie/Traumatologie. Dem im Nachgang erstellten Bericht von PD Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 26. April 2016 sind Restbeschwerden mit begleitender AC-Instabilität mit/bei Status nach Schulterarthroskopie, AC-Resektion und Bizepssehnenentodese am 9. März 2015 zu entnehmen.

5.5.2 Anlässlich der am 19. August 2016 durchgeführten Nachkontrolle wurden ein hochgradiger Verdacht auf eine Radikulopathie im Dermatome C5/C6 links mit/bei bekannter Foraminalestenose C5/C6, eine regrediente Frozen Shoulder nach Schulterarthroskopie und AC-Stabilisierung rechts am 25. April 2016 sowie eine PTBS nach Verkehrsunfall diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin berichte dreieinhalb Monate nach dem Eingriff vom 25. April 2016 nach wie vor über starke Schmerzen (VAS 8/10) an der linken Schulter und über einen Gefühlsverlust in diesem Bereich. Teilweise würden die Schmerzen auch in den linken Daumen ausstrahlen. Die Schulter könne sie im Alltag überhaupt nicht einsetzen. Das jetzige Schmerzsyndrom imponiere

mehr als die Radikulopathie der Wurzel C5 resp. C6. Die Frozen Shoulder selbst scheine sich gelöst zu haben, da nun eine praktisch symmetrische Innen- und Aussenrotation vorliege. Insofern müsse nun die Schmerztherapie bei bekannter Radikulopathie intensiviert werden (vgl. Bericht von PD Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 24. August 2016, act. 391).

5.6 Am 1. November 2016 fand eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, statt. Er diagnostizierte einen Status nach Autounfall mit Kontusion respektive Distorsion der linken Schulter, Thoraxkontusion und HWS-Distorsion am 8. August 2014, einen Status nach Arthroskopie der linken Schulter mit Bizepssehnenentodese, subacromialer Dekompression und Acromioplastik sowie AC-Gelenksresektion am 9. März 2015 und einen Status nach Rearthroskopie der linken Schulter, Nach-Débridement im AC-Gelenk sowie coracoclaviculärer Stabilisation und AC-Stabilisierung mittels Zuggurtung am 25. April 2016. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe bei der Versicherten ein Zustand nach schwerem Autounfall mit Kontusion respektive Distorsion der linken Schulter und HWS-Distorsion sowie multiplen Kontusionen. Die Unfallkausalität sei gegeben. In seiner Beurteilung erwog Dr. I.\_\_\_\_, dass es von Seiten der linken Schulter trotz zweimaligen operativen Eingriffen nicht zu einer grundlegenden Verbesserung der Schmerzproblematik und der Bewegungseinschränkung gekommen sei. Die Versicherte sei nach wie vor auf eine massive Analgetika-Einnahme angewiesen. Die Beweglichkeit der linken Schulter sei auch aktuell stark limitiert und die Horizontale könne passiv nicht überschritten werden. Es sei fraglich, ob an dieser Schulter mit operativen Massnahmen noch eine Verbesserung erreicht werden könne. Von Seiten der HWS habe die Versicherte beim Unfallereignis vom 8. August 2014 keine strukturell objektivierbaren unfallbedingten Veränderungen erlitten, weshalb ein allfälliger operativer Eingriff wegen der degenerativ ossären Einengung des Foramens C5/6 mit Tangierung der Wurzel C6 zulasten der Krankenkasse erfolgen müsste. Es bleibe abzuwarten, ob der Versicherten von orthopädischer Seite noch eine Verbesserungsmöglichkeit angeboten werden könne. Ansonsten müsste von einem Endzustand ausgegangen werden.

5.7 Nachdem Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Neurochirurgie, am 25. November 2016 ein radikuläres Reizsyndrom C6 links bei hochgradiger Foraminalstenose (osteodiskoligamentär bedingt), wahrscheinlich als Resultat des Unfalls am 8. August 2014, eine Ulnarisreizung links und einen Status nach Schulteroperation links diagnostiziert hatte, beurteilte der Kreisarzt Dr. I.\_\_\_\_ die Angelegenheit am 25. Februar 2017 erneut. Er hielt fest, dass in der MRT eine vorwiegend degenerativ ossäre Einengung des Foramens C5/C6 mit lediglich diskreter Protrusion beschrieben worden sei. Es lägen also eindeutig keine strukturell objektivierbaren unfallbedingten Veränderungen im Bereich der HWS vor. Aus diesem Grund sei auch durch eine weitere Behandlung der HWS-Beschwerden aus unfallmedizinischer Sicht keine namhafte Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten.

5.8 Dr. J.\_\_\_\_ führte am 20. März 2017 bei der Beschwerdeführerin eine ventrale Diskektomie und eine monosegmentale Cage-Spondylodese C5/C6 durch, in deren Folge sich eine postoperative Plexusneuritis entwickelte.

5.9 Im kreisärztlichen Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 20. April 2018 wurden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 8. August 2014 eine Rotatorenmanschettenruptur der linken Schulter, eine Arthroskopie der linken Schulter mit Bizepssehnenentodese, subacromialer Dekompression und Acromioplastik sowie AC-Gelenksresektion am 9. März 2015 und eine Rearthroskopie der linken Schulter, ein Nach-Débridement des AC-Gelenks sowie eine coracoclaviculäre Stabilisation und eine AC-Stabilisierung mittels Zuggurtung am 25. April 2016 genannt. Unfallfremd seien die ventrale Discektomie und die monosegmentale Cage-Spondylodese C5/C6 durch Dr. J.\_\_\_\_ sowie die Ulnarisneuropathie links. Im funktionellen Befund wurde festgestellt, dass die aktive und passive Beweglichkeit der linken Schulter eingeschränkt sei. Die Rotatorenmanschetten-Tests seien aufgrund der Schmerzproblematik nicht eindeutig prüfbar. Es gebe aber keinen klinischen Anhaltspunkt für die Annahme einer Instabilität des linken AC-Gelenks. Aus versicherungsmedizinischer Sicht zeige die Versicherte einen langjährigen Verlauf bei einem Status nach zweimaliger Operation im Bereich der linken Schulter. Es würden sich nun deutliche chronifizierte Beschwerden mit entsprechenden Schmerzproblemen zeigen. Weiter hielt Dr. K.\_\_\_\_ fest, dass aufgrund des zeitlichen Verlaufs die vorhandene Ulnarisneuropathie linksseitig mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 8. August 2014 zurückzuführen sei. Klinisch zeige die Versicherte Taubheitsgefühle im Bereich der Finger Dig IV und Dig V linksseitig. Bezogen auf die linke Schulter gelte folgende Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt: Ganztägige, leichte Tätigkeit ohne Überkopftätigkeiten mit dem linken Arm; Arbeiten in Gürtelhöhe und bis knapp unterhalb der Horizontalen seien mit dem linken Arm zumutbar; kein Besteigen von Leitern und Gerüsten, keine absturzgefährdeten Positionen oder Vibrationsbelastung mit dem linken Arm. Weiter hielt Dr. K.\_\_\_\_ fest, dass eine Integritätsentschädigung bezüglich des linken Schultergelenks geschuldet sei.

5.10 Im Auftrag der Suva untersuchte Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Neurologie, die Beschwerdeführerin am 10. Januar 2019. Im Bericht vom 11. Januar 2019 diagnostizierte er unklare Schulter-Arm-Schmerzen links (DD: arthro-tendo-myogen; DD: somatoform, derzeit ohne Hinweise für eine neuropathische Schmerzursache und ohne Nachweis einer peripheren neurogenen Läsion im Bereich der oberen Extremitäten) und keine Hinweise für eine Läsion des zentralen Nervensystems. In der Beurteilung führte Dr. L.\_\_\_\_ aus, dass bei der Versicherten ein chronisches zervikozephalisches und -brachiales Schmerzsyndrom links bei Status nach Autounfall am 8. August 2014 mit Thorax- und Schulterkontusion links sowie vermutlich einem kraniozervikalen Beschleunigungstrauma, einem Status nach einer AC-Gelenksresektion links am 9. März 2015, einem Status nach AC-Stabilisierung der linken Schulter am 25. April 2016, einem Status nach ventraler Discektomie und Cage-Spondylodese C5/C6 am 20. März 2017 bei einem zervikoradikulären Reizsyndrom C6 links und nach Aktenlage einer postoperativen Plexusneuritis links (Erstdiagnose: September 2017) vorliegen würden. Im weiteren Verlauf sei zusätzlich die Diagnose einer Ulnarisneuropathie links gestellt worden. Die Befunde der aktuellen klinischen neurologischen Untersuchung seien bei massiver Aggravation kaum verwertbar und letzten Endes nicht wegweisend. Objektivierbare, von der Mitarbeit der Versicherten unabhängige fokale Ausfälle fänden sich nicht. In der umfangreichen Elektroneuromyographie (EMG) vom 10. Januar 2019 würden sich keine objektivierbaren pathologischen Befunde und insbesondere keine Hinweise für eine

Läsion des Plexus brachialis links, eine Neuropathie des Nervus ulnaris links, eine zervikoradikuläre Läsion C5 links oder C6 links oder C7 links oder C8 links zeigen. Zusammenfassend könnten die Schulter-Arm-Schmerzen links bei der Versicherten aus neurologischer Sicht momentan nicht erklärt werden und eine periphere neurogene Läsion habe sich nicht nachweisen lassen. Zur weiteren Abklärung empfahl Dr. L.\_\_\_\_ die Durchführung einer hochaufgelösten dünn-schichtigen axialen MRT der HWS zum Ausschluss einer posttraumatischen zervikalen Myelopathie oder einer Neurokompression im HWS-Bereich sowie eine MR-Neurographie des Plexus cervicobrachialis links mit Frage nach Inflammation oder Neurokompression.

5.11 Dr. K.\_\_\_\_ hielt am 23. Januar 2019 fest, dass aufgrund des Berichts von Dr. L.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2019 keine unfallkausalen neurologischen Einschränkungen vorlägen. Der medizinische Endzustand bezüglich der linken Schulter liege vor und die Zumutbarkeitsbeurteilung sowie die Einschätzung der Integritätseinbusse vom 20. April 2018 seien unverändert.

5.12 Am 17. Juni 2019 untersuchte Dr. K.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin ein weiteres Mal. In seinem Bericht vom 18. Juni 2019 diagnostizierte er einen Status nach Autounfall in Y.\_\_\_\_ am 8. August 2014, eine Rotatorenmanschettenruptur der linken Schulter, einen Status nach Arthroskopie der linken Schulter mit Bizepssehnenentodese, subacromialer Dekompression und Acromioplastik sowie AC-Gelenksresektion am 9. März 2015, einen Status nach Rearthroskopie der linken Schulter, Nach-Débridement, AC-Gelenk- sowie coracoclaviculärer Stabilisation und AC-Gelenksstabilisierung mittels Zuggurtung am 25. April 2016. Als unfallfremd bezeichnete er einen Status nach ventraler Discektomie und monosegmentaler Cage-Spondylodese C5 auf C6 am 20. März 2017 und die Beschwerden an der HWS, am Ellbogen links und am linken Handgelenk bei Status nach Ganglionentfernung. Er hielt zusammenfassend fest, dass trotz der intensiven schmerztherapeutischen Therapie keine wesentliche klinische Besserung der Beschwerdeproblematik der linken Schulter habe erzielt werden können. Die Versicherte berichte, dass Infiltrations- und schmerztherapeutische Massnahmen nur kurzfristig Linderung der Beschwerden gebracht hätten. Aus diesem Grund ging der Kreisarzt bezüglich der linken Schulter von einem medizinischen Endzustand aus. Rein bezogen auf die unfallkausalen Beschwerden der linken Schulter gelte unverändert die Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gemäss dem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 20. April 2018. Allerdings müsse ergänzt werden, dass ein Bedienen von Maschinen und Autofahren aufgrund der Einnahme von Opiaten nicht zumutbar sei (vgl. Bericht vom 17. Juni 2019, act. 375).

5.13 Auf entsprechende Anfrage des Kreisarztes Dr. K.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2019 teilte das E.\_\_\_\_, Anästhesie/Schmerztherapie, am 16. August 2019 (act. 387) mit, dass in Bezug auf die linke Schulter von einem Endzustand auszugehen sei. Zur Erhaltung der Gelenkfunktion sei jedoch eine regelmässige physiotherapeutische Betreuung unerlässlich. Die durchgeführten Triggerpunktinfiltrationen, zervikal sowie im Schulterbereich, würden in erster Linie zur Besserung der Grundsymptomatik und einer Linderung der chronischen Schmerzen dienen sowie die orale Schmerzmedikation unterstützen.

5.14.1 In den Akten findet sich auch das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten der Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_. Dr. B.\_\_\_\_ nannte in seinem rheumatologischen Teilgutachten am 2. Dezember 2019 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zerviko-vertebrales Syndrom, einen Status nach postoperativer linksseitiger Plexusneuritis (März 2017) und neuropathischem Schmerzsyndrom, eine Periarthropathia humeroscapularis links infolge des Unfalls vom 8. August 2014, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, eine mittelgradige depressive Episode und eine PTBS. In seiner Beurteilung führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, dass von verschiedenen körperlichen Problemen bei der Beschwerdeführerin auszugehen sei. So bestünde vorbestehend ein rechtsseitiges chronisch-neuropathisches Schmerzsyndrom im rechten Bein. Aktuell müsse aber von einer chronisch-neuropathischen Schmerzgenese ausgegangen werden. Von Seiten der linken Schulter bestehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom. Eine Frozen-Shoulder-Komponente könne – entgegen PD Dr. H.\_\_\_\_ – letztlich bei einer nicht austestbaren Abduktion nicht ganz ausgeschlossen werden. Mithin spiele hier – und dies sei klinisch nicht voneinander differenzierbar respektive trennbar – eine linksseitige Plexusneuritis eine Rolle, welche die Beschwerdeführerin im Anschluss an die HWS-Operation erlitten habe. In diesem Bereich sei die Quantifizierung der Schmerzen schwierig, wie bei jedem neuropathischen Schmerzsyndrom und die Intensität dieser Schmerzen liesse sich schlecht messen. Auch wenn keine schweren Veränderungen in der EMG angegeben würden, sei diese nur bedingt verwertbar, da die Intensität eines neuropathischen Schmerzsyndroms sich nicht unbedingt darin niederschlagen müsse. Bezüglich der zervikalen Problematik bestehe eine bildgebend nachgewiesene Pseudoarthrose C5/6. Damit seien die in diesem Bereich bestehenden Schmerzen nachvollziehbar. Untergeordnet und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Ulnarisneuropathie links sowie ein mögliches Carpaltunnelsyndrom links. Zusammenfassend komme es zu einem erheblichen Interagieren der verschiedenen Probleme, welche sich gegenseitig beeinflussen würden. Aufgrund seiner Begutachtung erachtete Dr. B.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin/Schriftenmacherin im Werbebereich als arbeitsunfähig. Hingegen sei sie im erlernten Beruf als Bürofachfrau bei einer reinen, als leicht einzustufenden Bürotätigkeit zu 30 % arbeitsfähig. Eine angepasste Arbeit dürfe weder mittelschwer noch schwer sein. Für eine leichte Tätigkeit, die rüchenschonend (LWS-, HWS-, schulter- und armschonend) sei, bestünde eine Arbeitsfähigkeit von 30 % bezogen auf ein Ganztagspensum.

5.14.2 PD Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte am 4. Januar 2020 eine mittelgradige depressive Episode und eine PTBS, welche ihre Ursache im Unfall vom 8. August 2014 habe, und attestierte eine 30%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer Verweistätigkeit. Er habe die Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2008 begutachtet. Damals habe er eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und für jegliche Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. In seiner aktuellen Beurteilung schloss PD Dr. C.\_\_\_\_ eine Persönlichkeitsstörung aus. Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung verneinte er ebenfalls, weil die Versicherte keine regelrechte Symptomausweitung zeige. Am 8. August 2014 habe sie einen schweren Unfall erlitten. Als Folge habe sie eine bis heute aktivierte PTBS entwickelt, welche ihrerseits nun permanent die vorbestehende depressive Störung "unterhalte" bzw. aufrechterhalte, so dass letztere unterdessen als eine dauerhafte, chronifizierte und therapieresistente affektpathologische Störung beurteilt werden müsse. Bereits im ersten Gutachten vom 6. Mai 2008 sei bei der Beschwerdefüh-

rerin aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 50 % attestiert worden. Offenbar habe sie in den Jahren nach der ersten Begutachtung eine gewisse Verbesserung ihrer Affektivität erfahren, was eine Teilremission zur Folge gehabt und es ihr ermöglicht habe, wiederum in einem 50 % Pensum arbeiten zu können. Mit dem Autounfall vom 8. August 2014 habe sich die Affektivität der Beschwerdeführerin deutlich verschlechtert. Seither leide sie unter einer anhaltenden mittelgradigen depressiven Störung, die mit einer relevanten Antriebsminderung, einer Tagesmüdigkeit und mit einer anhaltenden Freude-, Interessen- und Lustlosigkeit einhergehe. Im Rahmen der PTBS sei sie nun zusätzlich permanent durch gedankliche Intrusionen eingenommen und mit diesen beschäftigt, weshalb sie sich nicht mehr ohne weiteres auf andere Themen einlassen könne. Sie berichte zudem über eine erhöhte Vergesslichkeit und über stärkere Konzentrationsschwierigkeiten. Die PTBS habe zur Folge, dass die innerpsychische Belastbarkeit der Beschwerdeführerin auf dem Boden der vorbestehenden mittelgradigen depressiven Episode zusätzlich fragilisiert worden sei. Die qualitativen Funktionseinbußen seien unterdessen also höher zu definieren, als wenn ausschliesslich eine mittelgradige depressive Episode vorliegen würde.

5.14.3 In ihrer Konsensbeurteilung bestätigten die Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 30 % in einer Tätigkeit, welche die somatischen Limiten respektiere.

5.15 In der psychiatrischen Beurteilung vom 14. Mai 2020 hielt med. pract. M.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Suva Versicherungsmedizin, fest, dass bei der Beschwerdeführerin unfallvorbestehend das Auftreten einer depressiven Episode bekannt sei. In den Jahren unmittelbar vor dem Unfall sei es diesbezüglich offenbar zu einer (Teil-)Remission gekommen. Durch die Belastungen des Unfalls sei die depressive Episode reaktiviert und sowohl klinisch wie auch bezüglich der beruflichen Leistungsfähigkeit wieder unmittelbar relevant geworden. Hinsichtlich der PTBS dürfe davon ausgegangen werden, dass es sich um eine weitgehend selbständige Gesundheitsschädigung handle, die sich von den Langzeitsymptomen der beim Unfall erlittenen Distorsion der HWS vergleichsweise scharf unterscheiden lasse. Anders verhalte es sich hinsichtlich der depressiven Episode, die vom typischen Bild der Schleudertrauma-Symptomatik, wie sie das Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen [Bundesgericht]) vom 5. Juli 2006, U 356/05, definiere, nicht scharf zu unterscheiden sei.

6.1.1 In Würdigung der vorstehend geschilderten medizinischen Unterlagen ging die Suva im angefochtenen Einspracheentscheid davon aus, dass bei der Versicherten der medizinische Endzustand hinsichtlich der von ihr anerkannten Unfallfolgen in der linken Schulter Ende Oktober 2019 erreicht gewesen sei. Es sei nicht ersichtlich, dass im genannten Zeitpunkt von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten gewesen wäre. Die Beschwerdeführerin bringt demgegenüber vor, dass der Fallabschluss zu früh erfolgt sei, da der medizinische Endzustand in diesem Zeitpunkt noch nicht erreicht gewesen sei. Zu prüfen ist deshalb vorab, ob die Suva die vorübergehenden Leistungen (Taggeld und Heilungskosten) zu Recht per 31. Oktober 2019 eingestellt hat.

6.1.2 Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 137 V 199 E. 2.1, 134 V 109 E. 4.1). Die verunfallte Person hat demgemäss Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388, U 244/04 E. 3.1; Urteile des Bundesgerichts vom 22. Juli 2016, 8C\_285/2016, E. 7.1 und vom 31. Juli 2013, 8C\_970/2012, E. 2.3).

6.1.3 Das Kantonsgericht hat bereits in Erwägung 3.1 des Beschlusses vom 3. Dezember 2020 zum Ausdruck gebracht, dass der Fallabschluss durch die Suva per 31. Oktober 2019 nicht zu beanstanden ist. Dabei wurde festgestellt, dass die Beurteilung des Kreisarztes Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2019 einleuchte, wonach trotz der jahrelangen, intensiven schmerztherapeutischen Massnahmen keine wesentliche klinische Besserung der Beschwerdeproblematik an der linken Schulter erreicht worden und deshalb keine namhafte Besserung mehr zu erwarten sei. Diese Auffassung wird auch im Bericht des Spital E. \_\_\_\_\_, Anästhesie/Schmerztherapie, vom 16. August 2019 bestätigt (vgl. oben E. 5.13). Die Beschwerdeführerin bringt gegen diese Einschätzung einzig vor, dass sie weiterhin einer physiotherapeutischen Behandlung nachgehe und Infiltrationen vorgesehen seien. Dazu ist aber festzustellen, dass die Infiltrations- und die schmerztherapeutischen Massnahmen nur kurzfristig geholfen haben, weshalb an den Erkenntnissen im Beschluss vom 3. Dezember 2020 festzuhalten ist. Die medizinische Aktenlage macht deutlich, dass von weiteren medizinischen Behandlungen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten war. Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass der medizinische Endzustand per 31. Oktober 2019 erreicht und die Suva berechtigt war, den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Taggelder, Heilbehandlung) auf diesen Zeitpunkt hin abzuschliessen. Der Fallabschluss per Ende Oktober 2019 erfolgte demnach zu Recht.

6.2 Die Suva prüfte in der Folge den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente im Sinne von Art. 18 UVG und eine Integritätsentschädigung (vgl. Art. 24 UVG). Dabei stützte sie sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit insbesondere auf die Ergebnisse, zu denen die Kreisärzte Dr. I. \_\_\_\_\_ am 1. November 2016 und 25. Februar 2017, Dr. K. \_\_\_\_\_ am 20. April 2018 und 18. Juni 2019 sowie Dr. M. \_\_\_\_\_ am 14. Mai 2020 gelangten. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Beschwerdeführerin die angestammte

Tätigkeit nicht mehr verrichten könne. Es sei ihr aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund der Einschränkungen an der linken Schulter eine angepasste, leichte Tätigkeit weiterhin ganztags zumutbar. Nicht mehr möglich seien Überkopftätigkeiten, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das Arbeiten in absturzgefährdeten Positionen, Vibrationsbelastungen mit dem linken Arm sowie das Bedienen von Maschinen und das Autofahren aufgrund der Einnahme von Opiaten. Tätigkeiten bis knapp unterhalb der Horizontalen seien ihr hingegen zumutbar. Dieser kreisärztlichen Einschätzung kann – wie bereits im Beschluss vom 3. Dezember 2020 angedeutet – aus nachfolgenden Gründen nicht gefolgt werden:

6.3.1 Zunächst ist daran zu erinnern, dass an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn ein Versicherungsfall gestützt auf versicherungsinterne Berichte entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 3.4 hiervor und die dortigen Hinweise auf die Rechtsprechung). Solche Zweifel sind vorliegend nicht von der Hand zu weisen.

6.3.2 Mit der Suva ist zwar davon auszugehen, dass die Ulnarisneuropathie links und das Carpaltunnelsyndrom links nicht unfallkausal sind. Dies wird auch von der Beschwerdeführerin nicht mehr bestritten. Unbestritten steht zudem fest, dass die an der linken Schulter weiterhin bestehenden Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 8. August 2014 stehen. Hingegen leuchtet die quantitative Zumutbarkeitsbeurteilung des Kreisarztes Dr. K.\_\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 20. April 2018 und 18. Juni 2019, wonach die traumatischen Gesundheitsprobleme an der linken Schulter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit hätten, nicht ein. Dabei ist insbesondere auf die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2019 hinzuweisen. Dieser erachtet die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht gesamthaft nur noch als 30 % arbeitsfähig in einer leichten Tätigkeit, welche LWS-, HWS-, schulter- und armschonend ist. Aus dieser Formulierung geht hervor, dass gemäss Dr. B.\_\_\_\_\_ auch die Schulterbeschwerden die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin quantitativ beeinflussen. Zwar konkretisiert er den Umfang der schulterbedingten Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit nicht. Dennoch erwecken seine Ausführungen Zweifel an der schulterbezogenen Zumutbarkeitsbeurteilung des Kreisarztes, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Dieses Vorgehen drängt sich vorliegend umso mehr auf, als im unfallversicherungsrechtlichen Bereich der Anspruch auf eine Rente prozentgenau zu berechnen ist und dadurch jede Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit – über einen allfälligen leidensbedingten Abzug hinaus – Einfluss auf die Höhe des Anspruchs haben kann (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

6.3.3 Strittig ist weiter, ob die geklagten HWS- und die psychischen Beschwerden unfallkausal sind. In Bezug auf die HWS-Beschwerden ging die Suva gestützt auf die Berichte ihrer Kreisärzte Dres. I.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ davon aus, es lägen keine strukturellen Veränderungen vor. Unter diesen Umständen sei rechtsprechungsgemäss davon auszugehen, dass eine traumatische Verschlimmerung eines stummen Vorzustands spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten sei. Eine unfallbedingte richtungsgebende Verschlimmerung sei röntgenologisch denn auch nicht ausgewiesen. Dazu ist festzustellen, dass zwar den zeitnahen Berichten des Spitals

E.\_\_\_\_, Interdisziplinäre Notfallstation, Ambulante Chirurgie, vom 13. August 2014 und des Spitals F.\_\_\_\_, Zentrum für Rehabilitation und Altersmedizin, am 29. August 2014 eine Kontusion der HWS links nach Hochgeschwindigkeitstrauma ohne Hinweise auf Frakturen, Blutungen oder einer Dissektion festgehalten sind. Eine im Rahmen des Aufenthalts im Spitals F.\_\_\_\_ erstellte MRT der HWS zeigte aber eine Diskusprotrusion im Bereich C6 unklaren Alters. Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Orthopädie und Unfallchirurgie, Klinik O.\_\_\_\_ (act. 94), wies im Rahmen einer Zweitmeinung am 28. Mai 2015 darauf hin, dass eine komplexe Situation vorliege mit persistierenden Schmerzen nach Schulterarthroskopie und bekannten Veränderungen im Bereich der HWS, welche für einen gewissen Teil der Beschwerden im Bereich des linken Arms mitverantwortlich sein dürften. Auch PD Dr. H.\_\_\_\_ vertrat in seinem Bericht vom 15. Juli 2015 – knapp ein Jahr nach dem Unfall – die Auffassung, dass ein Mischbild einer möglichen cervicoradikulären Symptomatik und Restbeschwerden nach AC-Resektion bestünde. Unter diesen Umständen war eine eindeutige Trennung der durch die Schulterverletzung ausgelösten Schmerzen von jenen der HWS nicht möglich und die Beschwerden im HWS-Bereich persistierten ein Jahr nach dem Unfall weiterhin. Dies wird auch durch Dr. J.\_\_\_\_ bestätigt, der in seinem Bericht vom 25. November 2016 ausführte, dass ein radikuläres Reizsyndrom C6 links bei hochgradiger Foraminalstenose (osteodiskoligamentär bedingt) vorliege, wahrscheinlich als Resultat des Unfalls am 8. August 2014. Zwar wendet die Beschwerdegegnerin dazu zu Recht ein, dass der Hinweis auf einen möglichen Zusammenhang in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht nicht ausreicht, um die Unfallkausalität dieser Beschwerden rechtsgenügend nachzuweisen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin vermag aber auch der neurologische Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2019 die Frage der Unfallkausalität der HWS-Beschwerden nicht nachvollziehbar zu beantworten. Soweit Dr. L.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine massive Aggravation vorhält, kann ihm nicht gefolgt werden, weil ein solches Verhalten in keinem anderen Bericht erwähnt wurde. Zum Hinweis, wonach sich aufgrund der durchgeführten EMG keine objektivierbaren pathologischen Befunde und insbesondere keine Läsion des Plexus brachialis links oder eine Neuropathie des Nervus ulnaris links oder eine zervikoradikuläre Läsion C5 links, C6 links, C7 links oder C8 links erheben liessen, hielt Dr. B.\_\_\_\_ plausibel fest, dass die Quantifizierung der Schmerzen bei einem neuropathischen Schmerzsyndrom schwierig sei und die Ergebnisse einer EMG nur bedingt verwertbar seien. Unter Berücksichtigung dieser Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ ist es nachvollziehbar, dass Dr. L.\_\_\_\_ die Durchführung einer hochaufgelösten dünn-schichtigen axialen MRT der HWS zum Ausschluss einer posttraumatischen zervikalen Myelopathie oder einer Neurokompression im HWS-Bereich sowie eine MR-Neurographie des Plexus cervicobrachialis links empfahl. Auch er muss davon ausgegangen sein, dass die Frage der Unfallkausalität der HWS-Beschwerden nicht abschliessend beurteilt werden konnte, weshalb er allfällige unfallkausale neurologische Einschränkungen nicht per se ausschloss. Dr. L.\_\_\_\_ sah damit entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin weiteren Abklärungsbedarf, ansonsten er nicht zur Vornahme weiterer Untersuchungen geraten hätte. Diese hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zur Klärung der Frage beigetragen, ob die vorhandenen Beschwerden eine (zumindest teil)kausale Folge der beim Unfall vom 8. August 2014 erlittenen HWS-Distorsion sind. Aufgrund dieser Ausführungen steht fest, dass an der Beurteilung der Kreisärzte Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_, wonach die HWS-Beschwerden nicht unfallkausal seien, erhebliche Zweifel bestehen, weshalb im vorliegenden Verfahren nicht darauf abgestellt werden kann.

6.3.4 Nicht anders verhält es sich in Bezug auf die Beurteilung der psychiatrischen Beschwerden. Die Suva hielt dazu in der Verfügung vom 30. September 2019 fest, dass sie die psychischen Probleme nicht entschädige. Für diese habe sie nur einzustehen, wenn sie eine natürliche und adäquate Folge eines versicherten Unfalls seien. Aufgrund der vorhandenen Unterlagen stünden diese nicht in einem adäquat-kausalen Zusammenhang mit dem erlittenen Ereignis, weshalb diesbezügliche Leistungen entfallen würden. Im Einspracheentscheid verwies die Suva auf die Ausführungen von Dr. M.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2020 (vgl. oben E. 5.15). Die Beschwerdegegnerin schloss aus dessen Beurteilung, es sei hinsichtlich der depressiven Episode von einer vorbestehenden psychischen Störung auszugehen, welche durch das Unfallereignis vom 8. August 2014 verstärkt worden sei. Bei der PTBS läge hingegen eine selbständige Gesundheitsstörung mit sekundärem Charakter vor, welche deutlich von der typischen Symptomatik nach einem Schleudertrauma getrennt werden könne. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Entgegen den Angaben von Dr. M.\_\_\_\_ erachtet PD Dr. C.\_\_\_\_ die PTBS nicht als selbständige Gesundheitsstörung. Seinem Gutachten vom 4. Januar 2020 ist vielmehr zu entnehmen, dass die bereits am 8. Mai 2008 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode nicht remittiert gewesen sei, sondern nur eine gewisse Verbesserung in der Affektivität erfahren und im Zeitpunkt des Unfalls immer noch bestanden habe. Durch den Unfall habe sich die Depression aber verschlechtert und sie werde nunmehr von der durch den Unfall aktivierten PTBS "unterhalten" bzw. aufrechterhalten, so dass die Beschwerdeführerin eine dauerhafte, chronifizierte und therapieresistente affektpathologische Störung entwickelt habe. Gestützt auf diese Einschätzung der psychischen Situation kann die PTBS – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – nicht klar vom depressiven Geschehen und damit auch nicht von der typischen Symptomatik nach Schleudertrauma abgegrenzt werden. PD Dr. C.\_\_\_\_ macht deutlich, dass der Autounfall vom 8. August 2014 aus psychiatrischer Sicht die psychische Zustandsverschlechterung und damit einhergehend eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit verursacht hat. Diese Feststellungen erwecken erhebliche Zweifel an der Auffassung von Dr. M.\_\_\_\_ und der Beschwerdegegnerin. Dies gilt umso mehr, als auch Dr. M.\_\_\_\_ das Gutachten von PD Dr. C.\_\_\_\_ als formal geordnet, inhaltlich umfassend und psychiatrisch und versicherungsmedizinisch plausibel und nachvollziehbar sowie in Bezug auf den Langzeitverlauf, den Querschnittsbefund zum Untersuchungszeitpunkt und zur Unfallsituation aufgearbeitet, bezeichnet.

6.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass vorliegend erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilungen der Dres. I.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ sowie M.\_\_\_\_ bestehen. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.3 hiervor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf die versicherungsinternen Beurteilungen abgestellt werden. Hält man sich zum einen die Komplexität des Beschwerdebilds der Versicherten und zum andern die sich aus dem Untersuchungsgrundsatz ergebende Pflicht des Versicherungsträgers, den rechtserheblichen (medizinischen) Sachverhalt vollständig festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG), vor Augen, so müssen die von der Suva im Verwaltungsverfahren getroffenen Abklärungen letztlich als nicht ausreichend bezeichnet werden.

7.1 Nachdem feststeht, dass im vorliegenden Verfahren erhebliche Zweifel am Beweiswert der vorhandenen versicherungsinternen medizinischen Unterlagen bestehen und diese keine

ausreichende Grundlage für eine abschliessende Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs bilden, würden sich Ausführungen zum adäquaten Kausalzusammenhang an dieser Stelle erübrigen. Aus nachfolgenden Gründen erscheint es jedoch angebracht, sich dazu wie folgt zu äussern:

7.2 Wie oben in Erwägung 3.3.2 festgehalten, bedarf es bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden einer besonderen Adäquanzprüfung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Gemäss der für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall erarbeiteten sog. Psycho-Praxis (vgl. BGE 115 V 133) werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während nach der bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen anwendbaren sog. Schleudertrauma-Praxis auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (zum Ganzen: BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin lehnte den adäquaten Kausalzusammenhang unter Berücksichtigung der Psycho-Praxis gemäss BGE 115 V 133 ff. ab. Dabei stützte sie sich insbesondere auf die Aussagen von Dr. M.\_\_\_\_, wonach die mittelgradige depressive Episode vor dem Unfall vom 8. August 2014 remittiert gewesen und die PTBS eine selbständige Gesundheitsstörung sei. Diese Einschätzung ist aus nachfolgenden Gründen nicht plausibel:

7.3.1 Gemäss den echtzeitlichen medizinischen Berichten erlitt die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 8. August 2014 eine Distorsion der HWS nach Hochgeschwindigkeitstrauma (vgl. oben E. 5.2 - 5.5). Zudem lag bei ihr das für die Annahme eines Schleudertraumas typische Beschwerdebild mit Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel und psychische Beschwerden vor (vgl. Erhebungsblatt für die persönliche oder telefonische Abklärung von HWS- und LTHV-Verletzungen vom 22. September 2014, act. 17). Die Adäquanz hätte deshalb nach der in BGE 117 V 369 ff. begründeten und in BGE 134 V 109 konkretisierten sog. Schleudertraumapraxis und den damit zusammenhängenden Kriterien und nicht nach der sogenannten Psycho-Praxis gemäss BGE 115 V 133 ff. beurteilt werden müssen. Davon hätte nur abgesehen werden können, wenn die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorgelegen hätten, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund getreten wären (vgl. BGE 123 V 98 E. 2.a), oder wenn die im Anschluss an den Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehört hätten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2007, U 67/07, E. 2.2 mit wichtigen Hinweisen). Schliesslich wäre die Adäquanz des Kausalzusammenhangs unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu beurteilen gewesen, wenn die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eine eindeutige Dominanz aufgewiesen hätte (vgl. BGE 123 V 98 E. 2a). Wäre die Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 98 E. 2a in einem späteren Zeitpunkt angewendet worden, hätte geprüft werden müssen, ob im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt hätten und damit ganz in den Hintergrund getreten wären. Nur dann wäre die Adäquanz auch nach einem Schleudertrauma der HWS nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen gemäss BGE 115 V 133 zu beurteilen gewesen (SVR 2007 UV Nr. 8 S. 27, U 277/04).

7.3.2 Davon kann im vorliegenden Verfahren, bei welchem ein vielschichtiges somatisch-psychisches Beschwerdebild zu beurteilen ist, nicht ausgegangen werden. So waren bei der Beschwerdeführerin die physischen Beschwerden an der Schulter und der HWS nachweisbar mindestens ebenso belastend wie die psychische Problematik. Zudem steht aufgrund der medizinischen Akten entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin fest, dass im Verlaufe der Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden weder eine untergeordnete Rolle spielten noch ganz in den Hintergrund getreten waren. Zu beachten ist ferner, dass es sich bei der PTBS entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht um eine selbstständige Gesundheitsschädigung handelt. Wie in Erwägung 6.3.4 dargelegt, wurde die PTBS durch den Unfall aktiviert und "unterhält" seither die mittelgradige Depression. Damit lässt sich die PTBS nicht klar von der Depression abgrenzen. Demnach hätte die Adäquanz vorliegend nach der Schleudertrauma- und nicht nach der Psycho-Praxis beurteilt werden müssen. Letztlich kann diese Frage aber aufgrund der nachfolgenden Ausführungen offenbleiben.

7.4.1 Im Zusammenhang mit der Adäquanzprüfung ist die Schwere des Unfallereignisses fraglich. Dabei ist zu beachten, dass die Unfallschwere sowohl unter Berücksichtigung der Psycho-Praxis wie auch der Schleudertrauma-Praxis objektiv aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2019, 8C\_212/212, E. 4.2.1 mit Hinweisen). Während die Beschwerdeführerin von einem mindestens mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu einem schweren Unfall bzw. von einem schweren Unfall ausgeht, bezeichnet die Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 8. August 2014 als mittelschweren Unfall im eigentlichen Sinne.

7.4.2 Gemäss den vorliegenden Akten steht fest, dass die Beschwerdeführerin am 8. August 2014 auf einer Autobahn in Y.\_\_\_\_\_ die Kontrolle über das von ihr gelenkte Auto verloren hat, als sie von einem anderen Fahrzeug rechts überholt wurde. In der Folge kam ihr Auto mit einer Geschwindigkeit von circa 120 km/h ungebremst von der Autobahn ab. Dabei durchschlug es die Leitplanke und überschlug sich mindestens fünf Mal, bevor es am Ende einer relativ steilen, mit Büschen bewachsenen Böschung auf dem Dach liegend zum Stehen kam (vgl. auch act. 18). Diese Angaben stützen sich in erster Linie auf die Aussagen der Beschwerdeführerin, werden aber von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten. Auch wenn die vorliegenden Akten demnach keinen technischen Unfallbericht enthalten, ist dennoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die beim Unfall entwickelten Kräfte gewaltig waren. Dafür sprechen insbesondere das total zerstörte Autowrack und auch die Tatsache, dass der ältere der beiden Söhne (P.\_\_\_\_\_, geboren 2005) mit einer solchen Wucht aus dem Auto geschleudert wurde, dass er circa 50 Meter von diesem entfernt im Gebüsch gefunden wurde. Mit der Beschwerdegegnerin ist mit Blick auf die strenge Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Unfallschwere zwar wohl davon zu gehen, dass alleine das Überschlagen und die hohe Fahrgeschwindigkeit beim Unfall aus objektiver Sicht allein nicht für die Annahme eines schweren Unfalls ausreichen (vgl. RUMO-JUNGO ALEXANDRA, HOLZER ANDRÉ PIERRE, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 62 f. mit Beispielen). Hingegen ist das Kantonsgericht der Auffassung, dass der beschriebene Geschehensablauf derart grosse Kräfte entwickelt hat, dass das Ereignis als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu einem schweren zu beurteilen ist. Daran ändert der

Hinweis der Beschwerdegegnerin auf die im Urteil des Bundesgerichts vom 14. März 2011, 8C\_996/2010, E. 7.2 genannten Beispiele nichts, bei welchen das Bundesgericht Unfälle als mittelschwer, aber nicht im Grenzbereich zu den schweren liegend qualifizierte. So überschlug sich zum Beispiel das ins Schleudern geratene Fahrzeug im Urteil des Bundesgerichts vom 5. Februar 2008, 8C\_169/2007, E. 4.2.1, nur einmal und kam nicht auf dem Kopf, sondern auf der Fahrerseite zu liegen, womit bereits der augenfällige Geschehensablauf nicht mit dem vorliegenden vergleichbar ist. Nicht anders verhält es sich in Bezug auf das Urteil des Bundesgerichts vom 14. Januar 2008, 8C\_743/2007, E. 3, bei welchem ein Fahrzeug einen Lastwagen beim Überholen touchierte und sich überschlug. Der vorliegende Fall ist aber mit dem Urteil des Bundesgerichts vom 25. Februar 2003, U 161/01, E. 3.3.2 (nicht publiziert in BGE 129 V 323) vergleichbar, bei welchem sich ein Auto auf der Autobahn nach einem Reifenplatzer überschlug und auf dem Dach liegend zum Stehen kam. Das Bundesgericht zählte dieses Unfallereignis, obwohl es im Vergleich mit dem vorliegenden Geschehensablauf weniger augenfällig war, zu den schwereren im mittleren Bereich. Für die Qualifikation des vorliegenden Unfalls in diesem Bereich spricht insbesondere auch, dass der Sohn der Beschwerdeführerin aus dem sich überschlagenden Fahrzeug geschleudert wurde. Aus objektiver Sicht ist das vorliegende Unfallereignis demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen zu qualifizieren. Dies hat zur Folge, dass von den in BGE 134 V 109 E. 6.1 bzw. 115 V 133 E. 6c/aa entwickelten Adäquanzkriterien (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) lediglich eines (nicht besonders ausgeprägt) erfüllt sein muss.

7.4.3 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderer Eindrücklichkeit des Unfalls ist nach Auffassung des Kantonsgerichts – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – zu bejahen, liegt doch auch aus objektiver Sicht und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, eine besondere Eindrücklichkeit vor. Dabei fällt insbesondere ins Gewicht, dass sich im verunfallten Fahrzeug nicht nur die Beschwerdeführerin, sondern auch ihr Ehemann und die beiden Söhne im Alter von 9,5 und 4,5 Jahren befanden und sich verletzten. Demnach erlitt der Ehemann ein HWS-Distorsionstrauma, der ältere Sohn, der aus dem Auto geschleudert wurde, einen Milzriss sowie eine Nasenbeinfraktur und der jüngere Sohn innere Blutungen sowie eine Lungenquetschung, welche eine Reanimation erforderlich machten (vgl. Angaben im Gutachten von PD Dr. C. \_\_\_\_ vom 4. Januar 2020, Seite 37). Auch unabhängig des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der Beschwerdeführerin ist deshalb davon auszugehen, dass das Ereignis objektiv einen besonders dramatischen und unmittelbar lebensbedrohenden Charakter hatte, weshalb dieses Adäquanzkriterium erfüllt ist.

7.4.4 Selbst wenn das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderer Eindrücklichkeit des Unfalls nicht erfüllt wäre, müsste jenes des schwierigen Heilungsver-

laufs und der erheblichen Komplikationen bejaht werden. Diese Auffassung vertrat auch die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid. Zwar liess sie dieses Kriterium ausgehend von einem mittelschweren Unfall im eigentlichen Sinne letztlich offen, weil es nach ihrer Auffassung nicht in ausgeprägter Form gegeben war. Da das Erfordernis der "besonders ausgeprägten Form" vorliegend nicht erfüllt sein muss, reicht es für die Bejahung der Adäquanz, dass das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen zu Komplikationen bestätigt wird. Die Prüfung der weiteren Adäquanzkriterien erübrigt sich deshalb.

8.1 Zusammenfassend ist das Kantonsgericht aufgrund der vorstehenden Erwägungen der Auffassung, dass im vorliegenden Fall die Adäquanzprüfung gemäss der Schleudertrauma-Praxis vorzunehmen ist. Selbst wenn mit der Beschwerdegegnerin die Adäquanz aufgrund der sog. Psychopraxis zu beurteilen wäre, ist der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen, nachdem der Unfall vom 8. August 2014 als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren zu qualifizieren und mindestens eines der erforderlichen Adäquanzkriterien erfüllt ist.

8.2 Weiter steht wie oben in Erwägung 6.4 bereits erwähnt fest, dass erhebliche Zweifel am Beweiswert der vorhandenen medizinischen Unterlagen bestehen und diese keine ausreichende Grundlage für eine abschliessende Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs bilden. Es sind deshalb weitere Abklärungen in Bezug auf die Unfallkausalität der Beschwerden vorzunehmen. Dabei ist zu beachten, dass gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden können, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. BGE 137 V 263 ff. E. 4.4.1 ff). Da die Beschwerdegegnerin nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung der natürlichen Kausalität vorgenommen hat und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Die Suva hat den somatischen medizinischen Sachverhalt in Bezug auf die Beschwerden im HWS-Bereich und betreffend die Frage einer allfälligen (Teil)Kausalität dieser Beschwerden extern abklären zu lassen. Ob unter Berücksichtigung der von PD Dr. C. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 4. Januar 2020 erhobenen Befunde und Schlussfolgerungen eine weitere externe psychiatrische Begutachtung der Beschwerdeführerin notwendig ist, ist fraglich, obliegt letztlich jedoch der Beschwerdegegnerin. Immerhin ist festzustellen, dass PD Dr. C. \_\_\_\_\_ – gleich wie Dr. B. \_\_\_\_\_ – das Gutachten zuhanden der IV erstellte, weshalb er sich nicht nur auf unfallkausale Beeinträchtigungen beschränkte, sondern sämtliche gesundheitlichen Beschwerden berücksichtigte. Schliesslich muss das Ausmass der unfallbedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit insgesamt neu beurteilt werden. Anschliessend wird die Suva gestützt auf die Ergebnisse ihrer Aktenergänzung über den Leistungsanspruch der Versicherten (Invalidenrente und Integritätsentschädigung) neu zu befinden haben. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 19. Mai 2020 zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhaltes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

9.1 Gemäss Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende Dezember 2020 in Kraft gewesenen und vorliegend anwendbaren Fassung ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos, weshalb vorliegend keine Kosten zu erheben sind.

9.2 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. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Suva zurückzuweisen ist, hat diese der Versicherten eine Parteientschädigung auszurichten. Ihr Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 27. Januar 2021 einen Zeitaufwand von 11.37 Stunden geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Dieser Aufwand ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 67.60. Der Beschwerdeführerin ist somit eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'134.20 (11.37 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 67.60 plus 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Suva zuzusprechen.

10.1 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. Selbstständig 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 wiedergutzumachenden 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 materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

10.2 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.

10.3 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 wiedergutzumachenden 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 Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C\_748/2007).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 19. Mai 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die Suva hat der Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 2'837.20 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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