

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 24

Entscheid vom 9. August 2018

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt B._____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,
6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Integritätsentschädigung)

Sachverhalt:

A. A. _____ (Jg. 1983; Heilpädagogin; freie Journalistin, geboren _____) war bei der Suva gegen die Unfallfolgen versichert, als sie am 16. Juli 2015 einen Tauchunfall mit Dekompressionstrauma mit initial hochgradiger Tetraparese und einem Sensibilitätsniveau auf Höhe C4 bei im MRI nachgewiesenem spinalen Rückenmarksödem von Höhe C2 bis C6 erlitt. Nach einer Erstversorgung im Krankenhaus W. _____ (Abteilung für Schiffsmedizin) wurde A. _____ vom 19. Juli bis 13. August 2015 in der neurologischen X. _____ (Klinik) weiterbehandelt. Anschliessend erfolgte bis am 30. April 2016 eine Rehabilitation im C. _____ (Zentrum). Ab Mai 2016 gelang ein stufenweiser beruflicher Wiedereinstieg bis zu einem Pensum von 13.5 Lektionen (= 46.55%; Vi-act. 205). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht (Vi-act. 145 und 177). Mit Bericht vom 13. Juni 2017 hielten die Versicherungsmediziner der Suva dafür, dass nicht mehr mit einer erheblichen Besserung der unfallbedingten inkompletten Tetraplegie sub C5, ASIA D zu rechnen sei. Sie schätzten einen Integritätsschaden von 60% (Bf-act. 4 und 5).

B. Mit Verfügung vom 22. Juni 2017 gewährte die Suva A. _____ für die verbliebenen Unfallfolgen eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 53%, eine Hilflosenentschädigung ausgehend von einer Hilflosigkeit leichten Grades sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 60% (Bf-act. 2). Hiergegen erhob A. _____ am 7. August 2017 Einsprache und beantragte die Festsetzung einer Integritätseinbusse von 80% statt 60%, eventualiter sei ein unabhängiges Obergutachten einzuholen (Bf-act. 6). Im Übrigen erwuchs die Verfügung in Rechtskraft. Mit Entscheid vom 12. Februar 2018 hat die Suva die Einsprache abgewiesen (Bf-act. 1).

C. Am 14. März 2017 lässt A. _____ gegen den Einspracheentscheid vom 12. Februar 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einsprache-Entscheid und die Verfügung seien aufzuheben, soweit die Integritätseinbusse auf 60% festgesetzt wird.
2. Es sei der Beschwerdeführerin eine Integritätsentschädigung von 80% zuzusprechen.
3. Eventualiter: Es sei eine externe polydisziplinäre Begutachtung am asim im Sinne eines Gerichtsgutachtens zu veranlassen, umfassend die Disziplinen Neurologie, Paraplegiologie und Urologie.
4. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

D. Mit Vernehmlassung vom 25. Mai 2018 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, und Bestätigung des Einsprache-Entscheides vom 12. Februar 2018. Mit Replik vom 21. Juni 2018 nimmt die Beschwerdeführerin unter Aufrechterhaltung der in der Beschwerde gestellten Anträge Stellung zur Vernehmlassung der Vorinstanz. Hierzu äussert sich die Vorinstanz mit Eingabe vom 19. Juli 2018.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Vorliegend strittig ist einzig die Höhe der aufgrund der verbliebenen Unfallfolgen erlittenen Integritätseinbusse (bereits die Einsprache richtete sich ausschliesslich gegen die verfügte Integritätsentschädigung; Bf-act. 6 Ziff. II.2). Während diese von der Suva auf 60% festgesetzt wurde, beantragt die Beschwerdeführerin die Zusprache einer Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 80%.

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Integritätsentschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 Gebrauch gemacht. Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 UVV).

1.2 Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 Erw. 1 b; BGE 113 V 219 Erw. 2a; RKUV 1988 Nr. U 48 S. 236 Erw. 2a mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführ-

te Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet. Das gilt auch für das Zusammenfallen mehrerer körperlicher, geistiger und psychischer Integritätsschäden (Ziff. 1 Abs. 2).

1.3 Verwaltung und Gericht sind für die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen auf ärztliche Sachverständige angewiesen. Die Beurteilung des Integritätsschadens basiert auf dem medizinischen Befund. Die Skala der Integritätsschäden im Anhang 3 zur UVV erlaubt es dem Arzt, grundsätzlich jeden Integritätsschaden annähernd vergleichbaren Integritätsschäden in dieser Skala zuzuordnen. Trotzdem hat sich in der Praxis ein Bedürfnis zur differenzierten listenmässigen Erfassung der Integritätsschäden manifestiert. Die Suva hat in der Folge, basierend auf der erwähnten Skala und unter Berücksichtigung dieser verbindlichen Werte, weitere Schätzungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet (vgl. www.suva.ch/de-ch/unfall/unfall/versicherungsmedizin; letztmals eingesehen am 25.7.2018). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen (sog. Feinraster) stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 der Richtlinien im Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich als Richtwerte angesehen werden, mit denen die Gleichbehandlung aller versicherten Personen gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 113 V 218; RKUV 1987 Nr. U 21 S. 328 und Nr. U 31).

1.4 Somit fällt es in einem ersten Schritt dem Arzt oder der Ärztin zu, sich unter Einbezug der in Anhang 3 der UVV und gegebenenfalls in den Suva-Tabellen aufgeführten Integritätsschäden dazu zu äussern ob und inwieweit ein Schaden vorliegt, welcher dem Typus von Verordnung, Anhang oder Weisung entspricht. Verwaltung und Gericht obliegt es danach, gestützt auf die ärztliche Befunderhebung die rechtliche Beurteilung vorzunehmen, ob ein Integritätsschaden gegeben ist, ob die Erheblichkeitsschwelle erreicht ist und, bejahendenfalls, welches Ausmass die erhebliche Schädigung angenommen hat. Dass sie sich hiefür an die medizinischen Angaben zu halten haben, ändert nichts daran, dass die Beurteilung des Integritätsschadens als Grundlage des gesetzlichen Leistungsanspruchs letztlich Sache der Verwaltung, im Streitfall des Gerichts, und nicht der medizinischen Fachperson ist. Gelangt der Rechtsanwender im Rahmen der freien Beweiswürdigung zur Auffassung, es lägen keine schlüssigen medizinischen Angaben zum Vorliegen eines Integritätsschadens vor, bedingt dies regelmässig Aktenergänzungen in medizinischer Hinsicht (Urteil BGer 8C_826/2013 vom 28.5.2013 Erw. 2.4 mit Verweis auf SVR 2009 UV Nr. 27

S. 97; 8C_459/2008 Erw. 2.3; Urteil U 121/06 vom 23.4.2007 Erw. 4.2; zum Zusammenwirken ärztlicher Einschätzung und juristischer Wertung bei der Bemessung der Integritätseinbusse vgl. auch Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Diss. Freiburg 1997, S. 68 ff.).

1.5 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten

Beweiswürdigung kann kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis).

1.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

1.6.1 Betreffend Integritätseinbusse hat in einem ersten Schritt ein Arzt den medizinischen Befund zu erheben und sich zum Schaden zu äussern (Erw. 1.4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

1.6.2 Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 Erw. 5.1; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

1.6.3 Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu

ziehen. In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter dabei der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc; Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

Der versicherten Person steht es ebenso frei, ein Privatgutachten einzuholen. Diesem kommt dabei ein weit geringerer Beweiswert zu als einem Administrativgutachten nach Art. 44 ATSG. Allein der Umstand, dass im Gerichtsverfahren ein Privatgutachten eingereicht wird, erfordert noch nicht das Einholen eines Gerichtsgutachtens. Aber auch ein Parteigutachten enthält Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhaltes beweismässig beitragen können. Es verpflichtet daher den Richter zu prüfen, ob das Privatgutachten Zweifel an der Zuverlässigkeit der vom Versicherer berücksichtigten medizinischen Berichte, namentlich etwa einem Administrativgutachten zu begründen vermag. Nur wenn das Gericht aufgrund der Zweifel zu keinem eindeutigen Ergebnis kommt, hat es zusätzliche Beweismassnahmen – wie beispielsweise die Anordnung eines Gerichtsgutachtens – zu treffen (BGE 125 V 351 Erw. 3c; Urteil BGer 8C_890/2017 vom 15.5.2018 Erw. 6.2).

1.6.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich

gemacht werden (Urteil BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

2.1 Mit der Verfügung einer Integritätsentschädigung von Fr. 75'600.-- bei einer Integritätseinbusse von 60% folgte die Suva der ärztlichen Beurteilung des Integritätsschadens vom 13. Juni 2017 durch Dr.med. D. _____ (FMH Neurologie; Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin Suva) und Dr.med. E. _____ (FMH Neurologie; Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin Suva; Bf-act. 2 und 4). Ihre neurologische Beurteilung (Bf-act. 5) basierte auf der Suva-Dokumentation; ein persönlicher Untersuchung fand nicht statt. Als Befund des Endzustandes halten sie eine inkomplette Tetraplegie sub C5, ASIA D fest. Funktionell bestehe eine kurzstreckige Gehfähigkeit für ca. 30 Minuten, eine leichte Feinmotorikstörung rechtsbetont der Hände sowie zusätzlich eine neurogene Harnblasen- und Darmfunktionsstörung mit der Notwendigkeit eines intermittierenden Selbstkatheterismus der Blase. Die Darmentleerung erfolge mittels Suppositorien. Nach Bestätigung der Unfallkausalität und Feststellung des Endzustandes aus neurologischer Sicht schätzten sie den Integritätsschaden aus neurologischer Sicht auf 60% ein mit der Begründung (Bf-act. 4):

Die Integritätsschädigung bei Rückenmarksverletzungen ist gemäss UVG nach Tabelle 21 einzuschätzen. Die Klassifizierung des Ausmasses der Lähmung erfolgt dabei gemäss Tabelle 21.5 der American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale. Aufgrund der inkompletten Tetraparese mit motorischen Funktion unterhalb dem Lähmungsniveau C5 und mehr als der Hälfte der Kennmuskeln mit Muskelkraftgrad ≥ 3 ist gemäss der Skalierung mindestens ASIA D erreicht. Bei weitestgehender Funktionserhaltung der oberen Extremitäten ohne dokumentierte massgebliche Einschränkungen im Alltag oder Berufsleben und erhaltener Geh- und Standfähigkeit bzw. erhaltener Mobilität für kürzere Strecken trotz weiterhin bestehender funktioneller Einschränkungen, und bei fehlender Inkontinenz trotz autonomer Blasen-/Mastdarmstörung ist gemäss Tabelle 21.5 und 21.6 die Integritätsentschädigung über die ASIA Skalierung hinaus weiter zu differenzieren mit einer Zwischenstufe, dem sog. Mittelwert „ASIA D-E“ mit einer 60 % IE. Dies ist im vorliegenden Fall aufgrund der funktionellen und guten Krafterhaltung der oberen und unteren Extremitäten angemessen in der Bewertung des Integritätsschaden, da dieser Mittelwert zwischen ASIA D und ASIA E gemäss Tabelle 21.5 UVG dann anzuwenden ist, wenn „75 % der Kennmuskeln einen Muskelkraftgrad 4 (Anmerkung des Referenten: gering- bis mässiggradige Lähmungen mit erhaltener Kraft gegen die Schwerkraft) oder ein vergleichbar ausgeprägtes Lähmungsmuster“ aufweisen.

2.2 Die Beschwerdeführerin unterbreitete Dr.med. F. _____ (Neurologe und Verhaltensneurologe; Zertifizierter Gutachter SIM) die medizinischen Akten mit dem Ersuchen, die von der Suva beurteilte Höhe des Integritätsschadens zu überprüfen. Am 28. Juli 2017 führte er eine persönliche Befragung und eine neurologische Untersuchung durch (Vi-act. 259). Als Diagnose notierte Dr.med.

F._____ eine Tetraplegie ASIA D, sub C5 mit massiver Sphinkterfunktionsstörung (ICD-10 S14.75) und er kam zur Beurteilung:

(...)

Frau A._____ durchlief einen Reha Aufenthalt im C._____ (Zentrum) vom 13.08.2015 bis 13.04.2016. Unter den Diagnosen wurde eine inkomplette Tetraplegie sub C5 - ASIA D und eine neurogene Blasen-, Darm-, Herzkreislauf- und Sexualfunktionsstörungen aufgeführt.

Im weiteren Verlauf stellte sich eine langsame Verbesserung ihres Funktionsvermögens ein, das zu einem erheblichen Teil auf Kompensationsstrategien, Anpassungen und Hilfsmittel beruht.

Frau A._____ ist weiterhin in allen Handlungen ausser Haus auf die Fortbewegung im Rollstuhl angewiesen. Aufgrund der eingeschränkten Kraft der Arme kann sie im Rollstuhl Schwellen $\geq 3\text{cm}$ Höhe nicht ohne Hilfe überwinden. Die Gehdistanz ohne Hilfsmittel beträgt 1 bis 2 Schritte, an Krücken etwa 20 m. Subjektiv behindert eine Störung der Tiefensensibilität die optimale Verwendung ihrer Kraft. Frau A._____ kann feinmotorische Beschäftigungen nur unter direkter Sicht zielführend ausführen.

Neben motorischen und sensiblen Störungen dauert ein ausgeprägter Verlust der Blasen- und Mastdarmkontrolle an. Am Rumpf bestehen Parästhesien.

(...)

Am 13.06.2017 schätzte die Suva Frau A._____ neurologische Störung aufgrund von Dossiereintragen auf ASIA D-E ein, was einem Integritätsschaden von 60 % entspricht.

Laut Tabelle 21 der Suva gelten folgende, hier relevante Definitionen der ASIA (American Spinal Injury Assessment) Scale:

ASIA D (IS 80 %): Inkomplette Lähmung; motorische Funktion unterhalb des Lähmungsniveaus erhalten, und mehr als die Hälfte der Kennmuskeln mit Muskelkraftgrad ≥ 3 .

ASIA E (IS 0-40 %): normale Motorik/Sensibilität

ASIA D bis E (IS 60 %) (in der ASIA Scale nicht definiert): Mittelwert zwischen ASIA D und ASIA E: 75 % der Kennmuskeln weisen Muskelkraftgrad 4 auf (oder ein vergleichbar ausgeprägtes Lähmungsmuster)

Laut Tabelle 21 sind folgende **Faktoren zusätzlich zu berücksichtigen**, wenn diese an der motorischen Lähmung gemessen aussergewöhnlich ausgeprägt (oder besonders gering) sind:

- a) Urogenital- und Darm-Lähmung
- b) Wirbelsäulen-Deformität
- c) Neurogene oder vertebrogenen Schmerzen
- d) Spastizität

Bei Frau A._____ sind mehr als 75 % der Kennmuskeln vom Kraftgrad M3 wodurch die Definition des ASIA D bis E erfüllt ist. Allerdings muss die schwere Harn- und Stuhlinkontinenz (Urogenital- und Darm-Lähmung) zusätzlich berücksichtigt werden. Die daraus ableitbaren Behinderungen äusserten sich eindrücklich während der aktuellen Konsultation, indem der dreimalige Toilettengang - bei Ein-

treffen in der Praxis, nach ungefähr einer Stunde vor der Untersuchung und vor dem Verlassen der Praxis - jeweils mit einem erheblichen zeitlichen Aufwand verbunden war, der durch die Tetraparese entstand und wegen der Notwendigkeit, Einlagen zu wechseln auch logistisch aufwendig war.

Die Tetraparese stellt ein Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko dar, das Frau A. _____ durch eigene Vorkehrungen und Vorsichtsmassnahmen günstig beeinflussen kann. Die kombinierte Harn- und Stuhlinkontinenz stellt dagegen ein kaum beeinflussbares Infektionsrisiko dar, das sich auch auf die Gesundheit der inneren Organe erstreckt, da die Alarmierung über eine Infektion und Funktionsstörung durch die Sensibilitätsminderung in den sakralen Dermatomen wesentlich verzögert wird.

Die oben erwähnten Faktoren b, c, d sind nicht aussergewöhnlich ausgeprägt vorhanden.

Im Ergebnis beurteilte Dr.med. F. _____ "den Integritätsschaden auf 80%, nämlich dem einer Tetraplegie ASIA D gleichgesetzt" (Vi-act. 259).

2.3 Sowohl die Versicherungsmediziner der Suva als auch Dr.med. F. _____ kommen somit übereinstimmend zum Ergebnis, in Anwendung von Suva-Tabelle 21 liege bei der Beschwerdeführerin eine inkomplette Tetraplegie ASIA D-E vor. Anders als die Versicherungsmediziner der Suva kommt Dr.med. F. _____ aber zur Beurteilung, es müsse zusätzlich eine schwere Harn- und Stuhlinkontinenz (Urogenital- und Darm-Lähmung) berücksichtigt werden, weshalb der Integritätsschaden höher als bei ASIA D-E (IS 60%) ausfallen müsse, nämlich 80% (vergleichbar dem Integritätsschaden bei ASIA D).

Nach Vorhalt der Beurteilung Dr.med. F. _____ hielten die Versicherungsmediziner der Suva mit neuerlicher Beurteilung vom 20. Oktober 2017 fest (Bf-act. 9), die Urogenital- und Darmlähmung sei als querschnittstypisches Merkmal nach Tabelle 21.5 ausdrücklich nur dann zusätzlich zu berücksichtigen, wenn diese an der motorischen Lähmung gemessen aussergewöhnlich ausgeprägt oder besonders gering seien. Eine Urogenital- und Darmlähmung sei in den Prozentwerten der IE-Tabelle ausdrücklich enthalten und könne nicht begründen, eine zusätzliche IE zu erhalten. Der Befund der Beschwerdeführerin sei keinesfalls ungewöhnlich, sondern entspreche mit der Notwendigkeit eines intermittierenden selbständigen Katheterismus und teilweise unregelmässigen wechselhaften Stuhlentleerungsproblemen weitgehend dem Durchschnitt der betroffenen Querschnittspatienten.

Mithin ist strittig, ob es die bei der Beschwerdeführerin bestehende neurogene Blasen- und Darmstörung rechtfertigt, zusätzlich zum Integritätsschaden ASIA D-E von 60% zu berücksichtigen, weil sie an der motorischen Lähmung (ASIA D-E) gemessen aussergewöhnlich ausgeprägt ist. Dies entsprechend der Suva Tabelle 21.5, die bei den Parteien unbestritten ist.

2.4 Bezüglich der neurogenen Blasen- und Darmstörung der Beschwerdeführerin ergibt sich aus den Akten:

2.4.1 Im Austrittsbericht des C. _____ (Zentrum) vom 12. April 2016 (stationäre Rehabilitation vom 13.8.2015 bis 13.4.2016) wird in der Diagnoseliste u.a. aufgeführt (Vi-act. 109):

- Neurogene Blasen-, Darm-, Herz-Kreislauf- und Sexualfunktionsstörungen
- Harnentleerung über intermittierenden Selbstkatheterismus
- hyposensitive, hypokapazitäre, überaktive Blase 10/2015
- St.n. Vesicare und Betmiga
- St.n. Botox 10/2015
- Rezidivierende symptomatische Harnwegsinfekte
 - Ciproxin 18.08.2015 - 28.08.2015
 - Co-Amoxi vom 01.10.2015 - 09.10.2015 und 14.10.2015 - 22.10.2015
 - Co-Amoxi 1g Tabl p.o. 12 Std vom 16.11.2015 - 26.11.2015
 - Co-Amoxi 1000 mg alle 12 Std vom 16.11.2015 - 26.11.2015
 - Co-Arnox 1000 mg alle 12 Std vom 01.12.2015 - 10.12.2015
 - Urovaxon 1 x 1 Tabl ab Dez 2015 für 3 Monate (HWI Prophylaxe)
 - Bactrim forte 19.02.-04.03.2016

Des Weiteren hält der Austrittsbericht betreffend Neuro-Urologie fest:

Der urologische Verlauf bei Frau A. _____ war geprägt durch rezidivierende Harnwegsinfekte, die vor allem durch Inkontinenz symptomatisch wurden. Initial erfolgte die Blasenentleerung via intermittierenden Fremdkatheterismus, im Verlauf erlernte Frau A. _____ das Selbstkatheterisieren.

Bei trotz mehrfach resistenzgerechter infektsanierter Blasensituation persistierte eine Inkontinenz, so dass bei hyposensitiver, hypokapazitärer und überaktiver Blase im Oktober 2015 eine Botox-Injektion erfolgte. Am 03.12.2015 zeigte sich in der urodynamischen Untersuchung 6 Wochen nach Injektion von Botulinumtoxin in den Detrusor eine normokapazitäre, hyposensitive und akontraktile Blase mit ausreichender Compliance. Sonographisch stellte sich die Blase unauffällig dar, insbesondere waren keine Konkrementen als Ursache für die rezidivierenden Harnwegsinfekte detektierbar. Es wurde empfohlen, die Blase regelmässig zu spülen und eine Prophylaxe mit Uro-Vaxom und Cranberry fortzuführen. Nach vorübergehender Beschwerdefreiheit stellte sich im Verlauf eine erneute Inkontinenz dar. In der urodynamischen Untersuchung am 03.03.2016 zeigte sich bei guter Blasenkapazität eine nicht vollständig supprimierte Detrusorüberaktivität. Es wurde mit der Patientin zunächst die Einleitung einer Therapie mit Betmiga 25 mg pro Tag besprochen. In einem Verlaufsgespräch am 01.04.2016 berichtete die Patientin, dass sie subjektiv keine Verbesserung durch das Medikament wahrgenommen habe, sondern die Katheterisierungsfrequenz wegen einer beginnenden Harninkontinenz gesteigert werden musste. Ausserdem war das Medikament wegen des Kinderwunsches der Patientin nicht als langfristige Therapie geeignet. Es wurde deshalb mit der Patientin die Option einer erneuten Injektion von Botulinumtoxin in den Detrusor diskutiert, was aufgrund des genannten Kinderwunsches zunächst aufgeschoben wurde. In der abschliessenden Konsultation am 08.04.2016 wurde bei schwankenden Inkontinenzepisoden und subjektiver Ineffektivität von Betmiga, terminaler Urge/Inkontinenz und rezidivierenden Harnwegsinfektes besprochen, dass die Pati-

entin zunächst austreten würde. Es wurde mit Frau A. _____ vereinbart, dass sie sich in 2 - 3 Wochen zur Festlegung des endgültigen Procederes in der Urologie melden würde.

2.4.2 Nach der 3-Monatskontrolle vom 7. Juli 2016 im C. _____ (Zentrum) berichtete Dr.med. G. _____ (FMH Allgemeine Innere Medizin; Fachärztin Paraplegiologie beim C. _____ (Zentrum)) der Hausärztin bezogen auf die Blasen- und Darmstörung (Vi-act. 129):

Diagnosen (Auszug):

- Neurogene Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörungen
- intermittierender Selbstkatheterismus
- Hyposensitive, hypokapazitäre, überaktive Blase 10/2015
- St.n. Botoxbehandlung 10/2015
- Dranginkontinenz
- rezidivierende Harnwegsinfekte

Zwischenanamnese

Frau A. _____ berichtet über einen guten Verlauf seit Beendigung der Erstrehabilitation vor 3 Monaten. Sie sei weitgehend selbständig und befinde sich seit Mitte Mai im Arbeitsversuch. Neurologische Fortschritte seien nur zögerlich vorhanden, die Blase könne immer noch nicht spontan entleert werden. Unter Umstellung der blasenwirksamen Medikation sei die Inkontinenz etwas besser geworden. Der Stuhlrhythmus sei noch unregelmässig und im Rahmen einer Antibiotikatherapie bei Harnwegsinfekt vor 6 Wochen seien dünnflüssige Stuhlgänge mit Inkontinenz aufgetreten. In den letzten Tagen sei sie eher wieder verstopft.

Beurteilung/Prozedere

Anlässlich der ambulanten 3-Monatskontrolle vom 07.07.2016 sahen wir Frau A. _____ in weitgehend stabilem Rehabilitationszustand. Im Muskelstatus der oberen und unteren Extremitäten zeigten sich teils verbesserte und teils verschlechterte Werte, was auch auf unterschiedliche Untersuchungspersonen zurückgeführt werden kann. Die Ausdauerleistung hat zugenommen, die Gehdauer an Unterarmgehstöcken hat sich seit Austritt von ca. 15 auf 30 Minuten verbessert. Das Gangbild ist aber weiterhin unphysiologisch und durch die rechtsbetone Spastik der unteren Extremitäten geprägt. Da die Spastik durch das Tragen der Unterschenkelorthese eher getriggert wird, wurde diese in letzter Zeit nicht mehr verwendet. Zur genaueren Verlaufsbeurteilung des Gangbildes werden wir bei der nächsten Kontrolle in 3 Monaten eine erneute Analyse im Ganglabor durchführen. Im Bereich der oberen Extremitäten sind die motorischen Einschränkungen hauptsächlich auf eine gestörte Feinmotorik der Hände limitiert. Die Schulterbeweglichkeit rechts ist bei Z.n Humeruskopffraktur 2015 weiterhin beschränkt.

(...)

Die Blasenentleerung erfolgt durch intermittierende Selbstkatheterisierung, die Inkontinenz ist unter blasenwirksamer Medikation mit Toviaz gebessert. Im Rahmen von Harnwegsinfekten besteht aber weiterhin eine massive Inkontinenz. Bezüglich der urologischen Kontrolle verweisen wir auf die separate Berichterstattung.

Der Stuhlrhythmus ist unregelmässig und je nach Stuhlkonsistenz von Inkontinenz begleitet. Es wurde daher empfohlen, einen geregelten Stuhlrhythmus (z.B. jeden 2. Tag) einzuführen. Hierzu empfehlen wir die Auslösung der Defäkation durch

Anwendung eines Lecicarbon-Suppositoriums mit zusätzlicher Einnahme von 5-20 Laxoberon-Tropfen am Vorabend. Die Medikation mit Feigensirup und Movicol kann je nach Stuhlkonsistenz weitergeführt oder sistiert werden. Ziel des Vorgehens ist eine gezielte Stuhlentleerung mit Reduktion der Inkontinenz.

(...)

Systemanamnese

Blasenentleerung: Der Harndrang wird verspürt, intermittierende Selbstkatheterisierung 5-7x täglich, gelegentlich 1x nachts. Neurogene Blasenüberaktivität. St.n. Botoxbehandlung 10/2015, unter blasenwirksamer Medikation mit Toviaz regrediente Inkontinenz, sofern keine Harnwegsinfekte vorliegen. Die Patientin trägt Einlagen. 1 HWI seit Austritt.

Stuhlentleerung: Der Stuhldrang wird verspürt, spontane Defäkation alle 2-3 Tage, in letzter Zeit wechselnde Stuhlkonsistenz (siehe Zwischenanamnese), Inkontinenz bei dünner Stuhlkonsistenz.

2.4.3 Mit ärztlichem Zeugnis vom 29. Juli 2016 attestierte das C._____ (Zentrum) der Beschwerdeführerin eine neurogene Blasenfunktionsstörung mit Inkontinenzgrad 3 (Bf-act. 19).

2.4.4 Am 17. August 2016 hat die IV die Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin abgeklärt und dabei bezüglich Verrichtung der Notdurft festgehalten: "Wegen der Blasenfunktionsstörung muss A._____ sich fünf- bis neunmal pro Tag selber katheterisieren. Ab und zu fängt sie einen Harnwegsinfekt ein. Vielfach ist dann eine Antibiotikatherapie notwendig, was zur Folge hat, dass sie Durchfall kriegt. Sie trägt dann grosse Einlagen und ist bei der Körperreinigung immer auf direkte Hilfe ihres Freundes angewiesen. Die Darmfunktion ist ebenfalls beeinträchtigt. Sie massiert sich den Bauch und verabreicht sich regelmässig ein Zäpflein, damit sich der Darm entleert. Manchmal hat sie über mehrere Tage keinen Stuhlgang" (Vi-act. 165 S. 3).

2.4.5 Nach der 6-Monatskontrolle vom 3. November 2016 im C._____ (Zentrum) berichtete Dr.med. G._____ der Hausärztin bezogen auf die Blasen- und Darmstörung bei gleicher Diagnose wie bei der 3-Monatskontrolle (Bf-act. 20; Erw. 2.4.2):

Beurteilung/Prozedere

(...)

Das Darmmanagement ist weiterhin nicht optimal eingestellt. Ein Umstellversuch von Movicol auf Laxoberon Tropfen brachte keinen Effekt. Auch Lecicarbon Suppositorien waren in der Vergangenheit ohne Erfolg. Da die Ampulle meist leer ist, halte ich ein prokinetisch wirkendes Präparat weiterhin für sinnvoll, wahrscheinlich ist aber eine Kombinationstherapie erforderlich. Es wurde eine Therapie mit Movicol täglich und Dulcolax jeden 2. Tag besprochen. Zusätzlich wurden der Patientin zur Auslösung der Defäkation versuchsweise Prontolax Suppositorien verschrieben. Bei Bedarf kann eine erneute telefonische Rücksprache erfolgen.

Die Urininkontinenz ist unter Toviaz und Beckenbodentraining tendenziell gebessert, die Patientin ist jedoch weiterhin auf grosse Einlagen angewiesen. Die nächste urologische Kontrolle ist Mitte 2017 geplant.

(...)

Systemanamnese

Blasenentleerung: Der Harndrang wird verspürt, intermittierende Selbstkatheterisierung 5-7x täglich, gelegentlich 1x nachts. Neurogene Blasenüberaktivität, St.n. Botoxbehandlung 10/2015, unter blasenwirksamer Medikation mit Toviaz und Beckenbodentraining regrediente Inkontinenz, sofern keine Harnwegsinfekte vorliegen. Die Patientin trägt Einlagen. 2 antibiotikpflichtige Harnwegsinfekte seit der 3-Monatskontrolle.

Stuhlentleerung: Der Stuhldrang wird verspürt, Defäkation unregelmässig, derzeit ca. 1x wöchentlich. Eine Medikation mit Laxoberon habe keine Wirkung gezeigt. Unter Wiederbeginn mit Movicol gebesserte Stuhlkonsistenz aber unveränderte Stuhlfrequenz. 1-2 malige Inkontinenz seit der letzten Kontrolle.

2.4.6 Am 11. Januar 2017 berichtet Prof. Dr.med. K. _____ (Chefarzt Neuro-Urologie C. _____ (Zentrum)) der Hausärztin über die ambulante urologische Konsultation vom 6. Januar 2017 (ordentliche Verlaufskontrolle). Die Beschwerdeführerin berichte, die Blase weiter mittels intermittierendem Selbstkatheterismus 6x am Tag und 2x in der Nacht zu entleeren; es bestehe eine deutliche Drangsymptomatik mit Dranginkontinenz, die das Tragen von 3 Einlagen/Tag erforderlich mache. Seit vier Monaten seien keine Harnwegsinfekte mehr aufgetreten. Er hielt fest, es bestehe eine neurogene Blasenfunktionsstörung mit deutlicher Drangsymptomatik und Dranginkontinenz trotz suffizient gedämpfter Detrusoraktivität. Es wurde ein medikamentöser Therapieversuch gestartet (Bf-act. 18).

2.4.7 Anlässlich des Abschlussgesprächs vom 18. April 2017 hielt die Beschwerdeführerin gegenüber der Suva fest, es gehe ihr soweit gut; auch seitens der Blase habe sich die Situation verbessert, so dass sie einigermaßen zufrieden sei; sie habe sich mittlerweile an den Tagesablauf gewöhnt (Vi-act. 188).

2.4.8 Auf Zuweisung von Dr.med. H. _____ (FMH Gynäkologie und Geburtshilfe) fand am 6. Juli 2017 eine Untersuchung im _____-zentrum bei Prof. Dr.med. I. _____ (FMH Neurologie, spez. Neurourologie) statt (Vi-act. 251). Sie berichtet, die Beschwerdeführerin habe bis zur Schwangerschaft die Blase medikamentös recht gut kontrollieren können; nach Absetzung der Medikamente seien grosse Probleme mit Inkontinenz eingetreten. Sie hielt die Befunde vereinbar mit Schwangerschaft, neurogener Blasenfunktionsstörung und inkompletter Tetraplegie. Während der Schwangerschaft gebe es keine verschreibbaren Medikamente, um die Blase besser zu kontrollieren. Die Beschwerdeführerin beginne

eine Beckenbodenphysiotherapie, verzichte auf irritierende Getränke und versuche, den Stuhlgang zu regulieren.

2.4.9 Nach einer weiteren Verlaufskontrolle vom 25. Juli 2017 im C. _____ (Zentrum) erhält die Hausärztin folgenden Bericht bei unveränderter Diagnose betreffend neurogener Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörungen (Vi-act. 253; Erw. 2.4.2):

Zwischenanamnese

Seit der letzten ambulanten Vorstellung in unserem Zentrum am 3.11.2016 berichtet Frau A. _____ über einen soweit erfreulichen, unkomplizierten häuslichen Verlauf. Die Patientin berichtet darüber, aktuell im 4. Monat schwanger zu sein, weshalb alle Medikamente seitens der Patientin abgesetzt wurden. Dies habe entsprechende Konsequenzen für die neurogene Blasenfunktionsstörung.

Beurteilung/Prozedere

(...)

Aufgrund der Schwangerschaft wurde auch die gesamte blasenwirksame Medikation beendet. Aktuell nimmt die Patientin Granufink femina und Femannose zur Harnwegsinfektionsprophylaxe.

Ein grösseres Thema war die aktuelle Problematik der Darmentleerung. Der Wechsel zwischen Obstipation und Diarrhoe mit einer nur 2x wöchentlichen unregelmässigen Darmentleerung erscheint uns aus paraplegiologischer Sicht als insuffizient. Wir besprachen mit der Patientin die Möglichkeit, die Stuhlkonsistenz durch das Einnehmen von Metamucil anstatt von Movicol besser beeinflussen zu können. Des Weiteren empfahlen wir der Patientin, ihre Ernährungsgewohnheiten umzustellen und zum Beispiel die Stuhlkonsistenz mit der Einnahme von geriebenen Äpfeln zu regularisieren.

Des Weiteren empfahlen wir der Patientin die 2 Kochbücher "Querschnitt Ernährung" und "Querschnitt Kochen" der Manfred Sauer Stiftung in Deutschland. Zusätzlich besprachen wir mit der Patientin noch die Möglichkeit, mittels Peristeen-Irrigation abzuführen. Die Patientin hat von diesem Irrigations-System schon gehört und könnte sich durchaus vorstellen, dieses anzuwenden. Wir gaben der Patientin die dafür erforderlichen Informationsmaterialien ab und baten sie, sich mit der ParaHelp-Vereinigung in Verbindung zu setzen. Die Kolleginnen der ParaHelp könnten die Patientin bei der Stuhlregularisierung und beim Wiederfinden eines regelrechten Entleerungsrhythmus sicher unterstützen und können die Patientin auch gegebenenfalls in der Anwendung des Peristeen-Systems unterweisen.

(...)

Systemanamnese

Blasenentleerung: Spontane Miktioin bei Drangsymptomatik, im Übrigen intermittierender Selbstkatheterismus 8-10x täglich. Einmalig symptomatischer Harnwegsinfekt, der mit Antibiotika behandelt wurde. Die Patientin absolviert weiterhin ein Beckenbodentraining. Die blasenwirksame Medikation von Toviaz und Betmiga wurde seitens der Patientin beendet.

Stuhlentleerung: Rhythmus höchstens 2x pro Wochen. Die Patientin verspürt den Stuhldrang. Digitales Stimulieren, Nachtasten und Ausräumen ist erforderlich. Mo-

vicol als Laxanz, wobei die Patientin darüber berichtet, dass Obstipation und Diarrhoe sich sehr häufig abwechseln.

2.4.10 Am 25. Januar 2018 hält die Suva in einer internen Notiz fest, gemäss Kreisarzt sei die Kausalität für die Einnahme des Medikamentes Metamucil Plv (Obstipation) gegeben, damit sie den Stuhlgang verrichten könne; sie müsse es dreimal täglich nehmen (Vi-act. 206).

2.4.11 In einer paraplegiologischen Stellungnahme vom 2. März 2018 (Bf-act. 10) äussert Dr.med. G._____, die Lähmung der Beschwerdeführerin könne formal als ASIA D-E klassifiziert werden. Allerdings bestehe aufgrund der Spastik sowie der fehlenden Tiefensensibilität eine sensorische Ataxie mit der Notwendigkeit des Stockgebrauchs, was eine Erhöhung des Integritätsschadens um 10% begründe. Eine weitere Erhöhung um 10% rechtfertigten die Blasenprobleme. Sie führt dazu aus:

Seit Lähmungsbeginn kämpft die Patientin mit Blasenproblemen in Form von Inkontinenz und Infekten. Bereits vor der Schwangerschaft musste die Patientin die Harnblase bis zu 8x innerhalb von 24 Stunden mittels Selbstkatheterismus entleeren. Bei Infekten ist das Miktionsintervall noch kürzer. Entgegen der neurologischen Einschätzung entspricht diese Miktionsfrequenz nicht der durchschnittlichen Blasenfunktionsstörung von Querschnittgelähmten mit der ASIA-Klassifizierung D - E. Die Anzahl der urologischen Konsultationen seit Beendigung der Erstrehabilitation beweise eindrücklich, dass die neurogene Blasenfunktionsstörung für die Patientin eine relevante Beeinträchtigung im Alltag darstelle. Regulär finden im ersten Jahr nach der Erstrehabilitation 2 - 3 urologische Kontrollen und danach jährliche Verlaufskontrollen statt.

2.4.12 Mit Schreiben vom 2. März 2018 bestätigte die Neuro-Urologie C.____ (Zentrum), dass die Beschwerdeführerin in unterschiedlichem Rhythmus vom 20. August 2015 bis 3. Dezember 2015 achtmal in Behandlung war, vom 3. März 2016 bis 16. Dezember 2016 neunmal, 2017 zweimal sowie einmal im Februar 2018 (Bf-act. 13). Sie selber zählt zudem 2017 wegen spastischer Blase und Blasenentzündungen 2 Hausarzttermine, einmal ____-zentrum (vgl. Erw. 2.4.8) sowie 3 Termine bei der Gynäkologin auf, welche diese bestätigt (Sprechstunde bezüglich Blaseninfekte; Bf-act. 17) (Bf-act. 14). Es handelt sich dabei um reine Auflistungen, ohne Befunde und Beurteilungen.

2.4.13 Am 7. März 2018 berichtet Prof. Dr.med. K.____ der Hausärztin über die urologischen Konsultationen vom 8. Februar 2018 und 5. März 2018 (Vi-act. 314):

Anamnese

Vorstellung der Patientin zur urodynamischen Verlaufskontrolle. Die Blasenentleerung erfolgt unproblematisch über den intermittierenden Selbstkatheterismus. Aufgrund einer Schwangerschaft 2017 und Entbindung im Dezember 2017 wird aktuell

keine antimuskarinerge Medikation eingenommen. Katheterisierungsfrequenz 8x tagsüber, 2x nachts bei Harndrang. Die Volumina sind nicht bekannt. Täglich kommt es zu einer Dranginkontinenz, es werden 8 Einlagen pro Tag benötigt.

Den Untersuch fasst er wie folgt zusammen:

In der urodynamischen Untersuchung zeigt sich eine neurogene Detrusorüberaktivität mit Reflexinkontinenz. Die Patientin wünscht die erneute Injektion von Botulinumtoxin in den Detrusor. Da die Anwendung von Botox während der Stillzeit nicht empfohlen werden kann, besprachen wir mit der Patientin die Wiedervorstellung zur Botoxinjektion nach Abstillen. Am 05.03.2018 erfolgte die Wiedervorstellung der Patientin zur erneuten Botoxinjektion. Sie berichtete abgestillt zu haben. Zystoskopisch zeigten sich ausser einer leichten Trabekulierung keine Auffälligkeiten. Es wurden 200 Einheiten Botulinumneurotoxin A in den Detrusor injiziert. Eine urodynamische Kontrolle ist in 6 Wochen vorgesehen.

3.1 Die vorliegend massgebliche Suva Tabelle 21, Integritätsschaden bei Rückenmarkverletzungen nennt bei einer Tetraplegie ASIA D-E einen Integritätsschaden von 60%. Gemäss Tabelle 21.6 ist eine Urogenital- und Darmlähmung zusätzlich (erhöhend oder verringend) zu berücksichtigen, wenn diese an der motorischen Lähmung gemessen (in casu ASIA D-E) aussergewöhnlich ausgeprägt oder besonders gering ist.

Die Versicherungsmediziner der Suva halten dafür, die bei der Beschwerdeführerin aktenmässig ausgewiesene neurogene Blasen- und Darmstörung sei keinesfalls ungewöhnlich, sondern entspreche mit der Notwendigkeit eines intermittierenden selbständigen Katheterismus und teilweise unregelmässigen wechselhaften Stuhlentleerungsproblemen weitgehend dem Durchschnitt der betroffenen Querschnittspatienten. Gestützt darauf lehnt die Suva eine höhere Integritätseinbusse als 60% (entsprechend ASIA D-E) ab. An dieser, auf einer Beurteilung versicherungsinterner Ärzte basierenden Einschätzung kann nur festgehalten werden, wenn keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (Erw. 1.6.2).

3.2 Dass neurogene Blasen- und Darmstörungen mitunter zu den Folgen von Querschnittsverletzungen zählen, ist unbestritten (vgl. Weld/Dmochowski, Association of level of injury and bladder behavior in patients with post-traumatic spinal cord injury [in Urology, April 2000, S. 490- 494; Abstract: "Of the 196 patients with suprasacral injuries, 186 (94.9%) demonstrated hyperreflexia and/or detrusor sphincter dyssynergia, 82 (41.8%) had low bladder compliance (less than 12.5 mL/cm H₂O), and 79 (40.3%) had high detrusor leak point pressures (greater than 40 cm H₂O)."). Zu Recht führen die Versicherungsmediziner der Suva denn auch aus, dass der Integritätsschaden bei Rückenmarkverletzungen gemäss Tabelle 21 stets eine Urogenital- und Darmlähmung prozentual bereits

berücksichtigt. Entsprechend hält die Tabelle folgerichtig fest, einzig aussergewöhnlich ausgeprägte Abweichungen von einer der motorischen Lähmung angemessenen Störung seien bei der Schätzung der Integritätseinbusse zu berücksichtigen.

3.3 Die Versicherungsmediziner der Suva setzten sich in der Folge jedoch weder mit einer zu erwartenden Norm einer Urogenital- und Darmlähmung bei Tetraplegie ASIA D-E auseinander noch enthält ihre Beurteilung Aussagen zur Schwere der vorliegenden Störung und Bezugsetzung zur erwarteten Norm. Daran ändert auch die Feststellung nichts, gemäss Dokumentation könne die Beschwerdeführerin die Blase recht gut kontrollieren (vgl. Erw. 2.4.8). Immerhin ist durchgehend auch dokumentiert, es seien täglich zwischen 7 bis 10 Entleerungen der Blase mittels Selbstkatheterismus notwendig (gemäss Selbstangabe im März 2018 8x tagsüber und 2x nachts, Erw. 2.4.13). Die Tatsache des recht guten Kontrollierens der Störung sagt mithin nur bedingt etwas über deren Schwere aus. Die Diagnoseliste führt sodann rezidivierende Harnwegsinfekte auf, was " ≥ 2 HWI in 6 Monaten oder ≥ 3 HWI in 12 Monaten" verlangt (S2k-Leitlinie der DMGP, Neuro-urologische Versorgung querschnittgelähmter Patienten, Stand 03/2016, Ziff. 3.3.1) und antibiotische Behandlungen nach sich zieht.

Auch in der neuerlichen neurologischen Beurteilung vom 22. Mai 2018 der Suva Versicherungsmedizin wird bloss wiederholt, die Urogenital- und Darmlähmung sei ein integraler Bestandteil der Klassifizierung des Integritätsschadens nach Rückenmarkverletzungen. In deren Rahmen könne es auch zu dauernder oder intermittierender Inkontinenz und häufigem Harndrang kommen. Auch der Verweis auf den urodynamischen Verlaufsbericht vom 7. März 2018 (Erw. 2.4.13), wonach die Blasenentleerung mittels intermittierenden Selbstkatheterismus unproblematisch erfolge, bestätigt nicht, dass die Urogenital- und Darmlähmung in der Norm einer Tetraplegie ASIA D-E liegt. Eine konkrete Aussage wird lediglich hinsichtlich der Stuhlinkontinenz gemacht, indem ausgeführt wird, eine ausserordentliche Ausprägung liege dann vor, wenn eine dauerhafte kontinuierliche Stuhlinkontinenz und nicht nur – wie bei der Beschwerdeführerin – gelegentlich bspw. bei dünner Stuhlkonsistenz vorliege.

3.4 Demgegenüber spricht sich Dr.med. G. _____ für eine aussergewöhnliche Störung aus, da die Miktionsfrequenz der Beschwerdeführerin keineswegs dem Durchschnitt der Querschnittspatienten ASIA D-E entspreche. Dies zeige sich auch an der Anzahl notwendiger urologischer Konsultationen, die über dem Durchschnitt läge. Auch wenn es sich bei Dr.med. G. _____ um eine behandelnde Ärztin der Beschwerdeführerin handelt, kommt ihrer Aussage als Fachärztin in einer auf Querschnittspatienten spezialisierten Institution doch inso-

weit Gewicht zu, als sie einen direkten Vergleich anzustellen vermag. Zudem deckt sich ihre Einschätzung mit der Beurteilung von Dr.med. F._____, der die Beschwerdeführerin zwar in deren Auftrag, aber nicht als behandelnder Arzt beurteilt hat. Zudem beruht seine Beurteilung im Gegensatz zu jener der Versicherungsmediziner der Suva auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin. In deren Folge kam er zum Schluss, der andauernde Verlust der Blasen- und Mastdarmkontrolle (kombinierte Harn- und Darminkontinenz) der Beschwerdeführerin sei ausgeprägt, die daraus ableitbaren Behinderungen hätten sich bei der Konsultation eindrücklich gezeigt.

3.5 Die ausserordentliche Urogenital- und Darmlähmung schätzt Dr.med. J._____ mit einer zusätzlichen Integritätseinbusse von 10% ein. Demgegenüber erachtet Dr.med. F._____ eine zusätzliche Einbusse von 20%, total 80% als gerechtfertigt, vergleichbar mit einem Integritätsschaden Tetraplegie ASIA D. Letzterem halten die Versicherungsmediziner der Suva nachvollziehbar entgegen, dass diese Einschätzung einem Vergleich nicht standhalte, bedeute doch eine Tetraplegie ASIA D in motorischer Hinsicht und den Funktionen des alltäglichen Lebens, dass ein in den Aktivitäten weitestgehend selbständiges Leben nicht mehr möglich wäre sowohl in Bezug auf die feinmotorischen Fähigkeiten trotz vorhandenen Einschränkungen als auch in Bezug auf die eigene Fortbewegung. Die Beschwerdeführerin jedoch konnte trotz neurogener Blasen- und Darmstörung ihren angestammten Beruf wieder zu rund 50% aufnehmen, weist in den alltäglichen Verrichtungen nur eine Hilflosigkeit leichten Grades aus und kann sich selbständig fortbewegen, kurzzeitig auch ohne Rollstuhl. Selbst unter Berücksichtigung der von Dr.med. J._____ angesprochenen sensorischen Ataxie erscheint ein Vergleich mit einem Integritätsschaden entsprechend Tetraplegie ASIA D nicht gerechtfertigt. Auch weisen die Versicherungsmediziner der Suva zu Recht darauf hin, dass aktenkundige Beeinträchtigungen mitunter auch schwangerschaftsbedingt waren, dies jedoch für die Beurteilung der Integritätseinbusse unbeachtlich zu bleiben hat. Damit aber sind verschiedene Berichte (auch der Untersuchung durch Dr.med. F._____ erfolgte während der Schwangerschaft und Prof. Dr.med. I._____ hielt fest, die Befunde seien gut erklärbar mit u.a. der Schwangerschaft) nur bedingt aussagekräftig. Dennoch vermögen die verschiedenen ärztlichen Beurteilungen an der versicherungsinternen aktenbasierten Beurteilung insgesamt mindestens geringe Zweifel an deren Schlüssigkeit zu erwecken, so dass nicht auf sie abgestellt werden kann.

3.6 Wie eben ausgeführt kann indes auch der Einschätzung eines Integritätsschadens von 80%, wie er durch Dr.med. F._____ oder – wenn auch anders hergeleitet – durch Dr.med. J._____ beurteilt wurde, nicht unbesehen gefolgt

werden, weshalb der Antrag auf Zusprache einer Integritätsentschädigung von 80% abzuweisen ist.

3.7.1 Bestehen an der Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der vorliegenden ärztlichen Beurteilungen Zweifel, so sind weitere Abklärungen notwendig.

3.7.2 Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt aber insbesondere möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 137 V 263 ff. Erw. 4.4.1 ff). Vorliegendenfalls ist der medizinische Sachverhalt nicht widerspruchsfrei abgeklärt; eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin hinsichtlich der (auch von einer Schwangerschaft unabhängig) bestehenden neurogenen Blasen- und Darmstörungen durch die Vorinstanz erfolgte bislang nicht. Da es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz somit nichts entgegen.

3.7.3 Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 12. Februar 2018 zur weiteren Abklärung an die Suva zurückzuweisen (wobei sich vorliegend allenfalls eine vergleichsweise Lösung im Sinne von Art. 50 ATSG aufdrängt). Sie hat – soweit keine Vergleichslösung möglich ist – die Beschwerdeführerin hinsichtlich der neurogenen Blasen- und Darmstörungen sowie der Spastizität von einem unabhängigen Gutachter begutachten zu lassen. Es sind aktuelle Beschwerden zu erfassen und Befunde zu erheben und deren Ausprägung gemessen an der motorischen Lähmung einer Tetraplegie ASIA D-E (die unbestritten ist) einzuschätzen. Dieses unabhängige Gutachten ist gemäss Art. 44 ATSG unter Beachtung der Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin einzuholen (BGE 138 V 318), weshalb sich vorliegend Ausführungen über die Disziplinarität erübrigen. Gestützt auf die Ergebnisse wird die Suva über den Anspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen haben. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

4.1 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Dem Verfahrensausgang entsprechend hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. (Art. 61 lit. g ATSG). Diese ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411)

vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens festzusetzen. Eine allfällige Kostennote ist zu spezifizieren und vor Fällen des Entscheides einzureichen (wobei seitens des Gerichtes keine Pflicht besteht, von einer beanwalteten Partei eine Honorarnote einzuholen); andernfalls wird die Vergütung nach freiem Ermessen festgesetzt (§ 6 Abs. 1 GebTRA). Aktuell beträgt der vom Verwaltungsgericht akzeptierte maximale Stundenansatz Fr. 220.-- inkl. MwSt (VGE III 2015 57 vom 16.7.2015 Erw. 6.2.6; VGE I 2013 12 vom 6.2.2013 Erw. 2.3; VGE III 2013 34 vom 22.7.2014 Erw. 3.2; VGE III 2014 59 vom 22.5.2014 Erw. 2.4; VGE III 2013 218 vom 24.9.2014 Erw. 6.2).

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ersuchte in der Beschwerde (S. 10 Ziff. 28) um Mitteilung vor Verfahrensabschluss, damit er rechtzeitig eine Kostennote einreichen kann. Mit E-Mail vom 27. Juli 2018 (VG-act. 16) zeigte der verfahrensleitende Richter dem Rechtsvertreter den Verfahrensabschluss an mit der Zusatzbemerkung, dass, sofern in den nächsten Tagen keine Honorarnote eingehe, man vom Verzicht auf die Einreichung ausgehe. Gleichentags antwortete der Rechtsvertreter, dass er die Rechnung anfangs (nächste) Woche (ab 30.7.2018) zustellen werde. Bis zum Entscheiddatum (9.8.2018) hat der Rechtsvertreter keine Honorarnote eingereicht, was – wie in der E-Mail vom 27. Juli 2018 angekündigt – als Verzicht auszulegen ist.

Die Parteientschädigung wird demnach durch das Gericht in Beachtung des GebTRA sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen und MwSt) festgelegt.

4.3 Die Beschwerdeführerin beantragt, die Kosten der Begutachtung durch Dr.med. F. _____ in der Höhe von Fr. 2'100.-- seien der Suva zu überbinden (Bf-act. 8).

Die Kosten eines von einer versicherten Person veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Unfallversicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (RKUV 2004 Nr. U 503 S. 186 ff., U 282/00 und Urteile BGer 8C_62/2016 vom 7.7.2016 Erw. 6.1; 8C_280/2014 vom 30.1.2015 Erw. 5).

Das Gutachten von Dr.med. F._____ bildet die wesentliche Grundlage für die Rückweisung zur Einholung eines weiteren Gutachtens, indem es – zusammen mit den Beurteilungen der Ärzte des C._____ (Zentrum) – ausreichend Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen zu wecken vermochte. Dem Antrag der Versicherten, die Kosten für das von ihr in Auftrag gegebene Gutachten der SUVA aufzuerlegen, ist demnach grundsätzlich stattzugeben.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 12. Februar 2018 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Die Vorinstanz hat der Beschwerdeführerin die Kosten für die Neurologische Beurteilung von Dr.med. F. _____ vom 2. August 2017 von Fr. 2'100.-- zu erstatten.
3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
4. Die Vorinstanz hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. MwSt und Barauslagen) zu entrichten.
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
6. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 9. August 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 13. August 2018