

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 50

Entscheid vom 14. Januar 2022

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

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

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. C. _____,

Gegenstand

Unfallversicherung (Fallabschluss, Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1972; Serbische Staatsangehörige, verheiratet), war seit Mitte August 2013 bei der D._____ AG als Reinigungsmitarbeiterin Unterhalt (Pensum zu 7.24h pro Woche) bzw. seit Januar 2015 bei der E._____ AG als Unterhaltsreinigerin angestellt (Pensum zu 8h pro Woche; vgl. SUVA-act. 1 f.), als sie am 3. Oktober 2017 als Beifahrerin in einen Verkehrsunfall involviert war und dabei ein Polytrauma erlitt mit Thoraxtrauma mit Rippenserienfraktur links und rechts und Hämatothorax rechts, LWK-1-Fraktur, Abdominaltrauma mit Leberruptur, Milz- und Nierenlazeration rechts Grad II, Nierenlazeration links Grad I, Dünndarm- und Colon-Ascendens-Ruptur, Duodenumruptur Pars III, Ruptur Zwerchfell rechts 5 cm Länge, Contusio cordis sowie eine Rissquetschwunde praepatellär links (vgl. z.B. Suva-act. 77 S. 1; angefochtener Einspracheentscheid S. 2 lit. B). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (vgl. Suva-act. 60 ff.; angefochtener Einspracheentscheid S. 2 lit. C).

B.1 Mit Verfügung vom 10. Dezember 2019 hat die Suva gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr.med. F._____ vom 28. Oktober 2019 den Fall per Ende Juni 2019 abgeschlossen, die Zusprache einer Invalidenrente abgelehnt sowie eine Integritätsentschädigung von 10% zugesprochen (vgl. Suva-act. 325). Mit Eingabe vom 6. Januar 2020 liess A._____ "Einsprache gegen Verfügung vom 10. Dezember 2019 betreffend Integritätsschaden" erheben (Suva-act. 334). In der Folge erklärte die Suva mit Schreiben vom 26. Mai 2020 namentlich, es seien weitere medizinische Abklärungen einzuleiten, sie nehme den Entscheid vom 10. Dezember 2019 vollumfänglich zurück und es werde nach Eingang der medizinischen Akten ein neuer Entscheid über die Integritätsentschädigungshöhe sowie die allfällige Rente erlassen; am Fallabschlusszeitpunkt per 30. November 2019 halte sie voraussichtlich fest, womit ab dem 1. Dezember 2019 weder Taggeldleistungen noch Heilungskosten zu gewähren seien (vgl. Suva-act. 353).

B.2 Nach weiteren Abklärungen und nach Vorliegen eines von der Suva in Auftrag gegebenen interdisziplinären Gutachtens der G._____ (vom 22.12.2020; Suva-act. 383), verfügte die Suva am 22. Januar 2021 (Suva-act. 392) den Fallabschluss per Ende Juli 2019 - wobei entgegenkommenderweise die Versicherungsleistungen erst per 30. November 2019 eingestellt worden seien -, dass keine Invalidenrente, hingegen eine Integritätsentschädigung von Fr. 29'640.-- auf Basis einer sich aus der ärztlichen Beurteilung ergebenden Integritätseinbusse von 20% zugesprochen werden könne.

C. Mit Eingabe vom 27. Januar 2021 erhob A. _____ Einsprache gegen die Verfügung vom 22. Januar 2021 (Vi-act. 395), welche von der Vorinstanz mit Einspracheentscheid vom 21. Juli 2021 abgewiesen wurde (Vi-act. 404 = Bf-act. 2).

D. A. _____ lässt am 17. August 2021 gegen den Einspracheentscheid vom 21. Juli 2021 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid vom 21. Juli 2021 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin habe einstweilen weiter Taggeld auszurichten, bis die Invalidenversicherung die Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen hat.
- 3.1 Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin auch für die psychischen Unfallfolgen UVG-Leistungen auszurichten, insbesondere eine psychisch bedingte Integritätsentschädigung von zusätzlich 20% sowie eine ganze Rente.
- 3.2 Subeventualiter sei die Sache zur sorgfältigen und rechtsgenügenden Abklärung der psychischen Beschwerden im Rahmen von Art. 43 ATSG an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Verpflichtung, ein psychiatrisches und/oder psychosomatisches Teilgutachten im G. _____ einzuholen und danach über den Anspruch auf eine psychisch bedingte Rente und Integritätsentschädigung neu zu entscheiden.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (inkl. MWST) zulasten der Beschwerdegegnerin.

E. Mit Vernehmlassung bzw. Beschwerdeantwort vom 17. September 2021 beantragt die Suva, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Replik vom 27. September 2021 lässt die Beschwerdeführerin an den Anträgen der Beschwerde, mit Ausnahme von Antrag Ziff. 3.1, festhalten. Sinngemäss handle es sich bei der beantragten "ganzen" Rente um ein Versehen bzw. einen Verschreiber. Der Abgeänderte Antrag Ziff. 3.1 laute wie folgt:

- 3.1 Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin auch für die psychischen Unfallfolgen UVG-Leistungen auszurichten, insbesondere eine psychisch bedingte Integritätsentschädigung von zusätzlich 20% sowie eine **volle** Rente.

Am 20. Oktober 2021 lässt die Suva vollumfänglich an ihren bisherigen Ausführungen und Anträgen im angefochtenen Einspracheentscheid bzw. in der Vernehmlassung festhalten.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Mit Verfügung vom 22. Januar 2021 bestätigte die Suva den Fallabschluss per Juli 2019 (bei "entgegenkommenderweise" Einstellung der Versicherungsleistungen erst per 30.11.2019), verneinte einen Invalidenrentenanspruch und sprach eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 20%. Mit dem vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. Juli 2021 befand die Suva, die Verfügung vom 22. Januar 2021 erweise sich in allen Punkten als rechters. Die Beschwerdeführerin bestreitet dies, wobei im Zentrum der korrekte Zeitpunkt des Fallabschlusses sowie die adäquate Unfallkausalität der geklagten Beschwerden strittig sind.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts Anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). 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).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt dabei voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

2.2.1 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist

(BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges 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 (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteile BGer 8C_301/2017 vom 24.4.2018 Erw. 2; 8C_849/2011 vom 29.5.2012 Erw. 4.1 m.w.H.).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (BGE 138 V 248 Erw. 4; Urteil BGer 8C_801/2017 vom 24.4.2018 Erw. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es

sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: Urteil BGer 8C_216/2009 vom 28.10.2009 Erw. 2). Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, ist die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht entscheidungsrelevant. Anders ist lediglich in jenen Fällen zu entscheiden, in denen der Sachverhalt für eine einwandfreie Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt ist (BGE 135 V 465 Erw. 5.1).

2.3 Ist eine versicherte Person infolge des Unfalles mindestens zu 10% invalid, so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung.

2.4 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). 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 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202] vom 20.12.1982).

2.5 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 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.

2.6 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwie-

genden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosser 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 unbewiesenen 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 auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

2.7 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.

2.8.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. 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; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.8.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb). Zu beachten ist, dass die SUVA bei der Einholung von solchen Gutachten nach Art. 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b; BGE 137 V 210 Erw. 3.4; Marco Weiss, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht, AJP 9/2016, S. 1212), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 361 f. Erw. 1c).

2.8.3 Auch 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 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

3. Was das Unfallereignis vom 3. Oktober 2017 und den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anbelangt, ergibt sich aus den Akten:

3.1.1 Mit Unfallmeldung vom 3. Oktober 2017 meldete die eine Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin, diese habe am 3. Oktober 2017 auf dem Arbeitsweg einen Unfall gehabt. Das Fahrzeug, in welchem die Beschwerdeführerin als Beifahrerin gesessen sei, sei auf die Gegenfahrbahn geraten und dort mit einem Polizeiauto frontal kollidiert. Sie habe "verschiedene innere" bzw. "andere innere Verletzungen" erlitten und sei voraussichtlich länger als einen Monat arbeitsunfähig. Die Erstbehandlung sei im Spital H. _____, die Nachbehandlung im I. _____ Spital erfolgt (Suva-act. 1).

3.1.2 Mit Unfallmeldung vom 4. Oktober 2017 beschreibt die zweite Arbeitgeberin, die Beschwerdeführerin habe als "Fahrer oder Mitfahrer" einen "Autounfall frontal" gehabt. Sie habe Quetschungen am Bauch erlitten und sei voraussichtlich länger als einen Monat arbeitsunfähig. Die Erstbehandlung sei im I. _____ Spital erfolgt (Suva-act. 2).

3.1.3 Im Polizeirapport vom 25. Dezember 2017 wird der Unfallhergang wie folgt beschrieben (vgl. Suva-act. 80 S. 7 f.): Am 3. Oktober 2017, 05:00 Uhr, sei J. _____ mit einem Personenwagen mit schätzungsweise 40 km/h auf der _____-strasse Richtung H. _____ gefahren. Während der Fahrt habe die Beifahrerin A. _____ (= A. _____ bzw. Beschwerdeführerin) der Fahrerin eine Coca-Cola-Flasche überreicht. Nachdem diese aus der Flasche getrunken habe, habe sie diese wieder der Beschwerdeführerin übergeben, in den dritten Gang geschaltet, dabei auf den Ganghebel geschaut und sei auf die Gegenfahrbahn geraten. Dort sei sie frontal mit einem Patrouillenfahrzeug der Kantonspolizei H. _____ kollidiert, welches mit ca. 50 km/h gefahren sei. Durch die Kollision seien alle Personen verletzt worden.

3.1.4 Den in der Folge von der Staatsanwaltschaft _____ vorgenommenen Befragungen ist einerseits zu entnehmen, die Beschwerdeführerin sei nach dem Unfall bewusstlos gewesen oder aber im Auto sitzend ansprechbar gewesen (vgl. Suva-act. 80-18/40 Frage 42, 80-27/40 Frage 19, 80-33/40 Frage 17).

3.2 Am Unfalltag wurde im Röntgeninstitut H. _____ die Untersuchung "CT Polytrauma, CT Knie" durchgeführt. Im Bericht vom 3. Oktober 2017 gelangte Dr.med. K. _____ (Fachärztin FMH Radiologie und Neuroradiologie) zu folgender Beurteilung (vgl. Suva-act. 52 S. 2 f.):

Dislozierte Fraktur der 9. des 11. Rippe rechts, angrenzend Hämato-pneumothorax, Saumbreite von ca. 2 cm. Erweiterte, flüssigkeitsgefüllte Ösophagus mit kleinen Lufteinschlüssen im Mediastinum.

Ausgedehnte Organlazeration der Leber, der Milz und der Nieren. Angrenzende freie Flüssigkeit und freie intraabdominelle Luft.

Supraumbilikale Verletzung der Bauchwand, angrenzend Lufteinschlüsse und Dehiszenz von ca. 5 mm. Mögliche Verletzung der Blasenwand bei ausgedehnter Flüssigkeit im kleinen Becken.

Deckplattenimpressionsfraktur LWK 1 mit Absprengung der Vorderkante bei erhaltener Hinterkante. Höhenminderung ventral um ca. 30%. Fraktur des rechten Processus transversus mehr im BWK 11 und BWK 12 und LWK 1. Kurzstreckige Kontrastmittelaussparung am Abgang des Truncus coeliacus, jedoch kein Kontrastmittelaustritt (...).

Keine intrakranielle Blutung. Keine Einklemmungszeichen.

3.3 Ebenfalls am 3. Oktober 2017 diagnostizierten die Operateure Prof. Dr.med. AA. _____ (Chefarzt Viszeralchirurgie) und Dr.med. L. _____ (Oberärztin; beide I. _____ Spital) nach notfallmässiger Zuweisung mit der REGA, vgl. Suva-act. 15 S. 3) und Indikation zur notfallmässigen Laparotomie neben Diabetes mellitus Typ II ein Polytrauma nach Verkehrsunfall wie oben im Ingress Bst. A beschrieben (indes ohne Ruptur Zwerchfell, Contusio cordis, sowie "RQW praepatellär" links). Dem Operationsbericht ist zu entnehmen (Suva-act. 13):

Operation

1. Bülaudrainageeinlage (Chr.24) rechts
2. Explorative Laparotomie
3. Dünndarmsegmentresektion, Duodenumnaht, Seit zu End - Duodenojejunostomie
4. Endständiges Transversostoma und Blindverschluss aboraler Schenkel
5. Lebernaht
6. Cholezystektomie
7. Abthera-VAC

(...)

Verlauf der Operation

(...)

Intraabdominale Befunde: mehrere Liter Blut. Als Blutungsquelle lässt sich einerseits ein partieller Abriss der ersten Mesenterialwurzel identifizieren sowie eine Blutung aus einer tiefen Läsion zwischen Segment V und VI. Die Milz ist intakt. Das Querkolon ist komplett zerrissen, und es kam zu Stuhlaustritt in den Oberbauch. Ebenfalls zeigt sich eine komplette Durchtrennung des Dünndarmes ca. 45 cm ab Treitz. Bei der weiteren Exploration finden wir noch im Duodenum Pars III eine kleine Perforation von ca. 1 cm an der Hinterwand.

Zum Procedere wurde namentlich "Planung der LWK I-Fraktur durch die Wirbelsäulen-Chirurgen in 2-3 Tagen genannt".

3.4 Gemäss Operationsbericht vom 6. Oktober 2017 führte Dr.med. M._____ (Oberarzt, I._____ Spital) bei "Indikation zum Second Look nach 48 h" und bei gleichbleibender (vgl. Erw. 3.3), indes um "Ruptur Zwerchfell rechts auf 5cm Länge" ergänzter Diagnose am 5. Oktober 2017 folgende Operation durch: 1. Revisionslaparotomie und Abdominallavage; 2. Naht Diaphragma rechts; 3. Neuanlage Abthera VAC (Suva-act. 14).

3.5.1 Am 6. Oktober 2017 führten Dr.med. N._____ und Dr.med. O._____ im I._____ Spital bei bekannter Diagnose die Operation "Dorsale minimal-invasive transpedikuläre Stabilisation Th11 - L2 (Medtronic Longitude, 7.5/6.5mm, poly- und monoaxial) beidseitig" durch (Suva-act. 69).

3.5.2 Ebenfalls am 6. Oktober 2017 wurde bei der Diagnose "Instabile Thoraxwand anterolateral bei dislozierten Rippenserienfrakturen rechts" die Operation "Plattenosteosynthesen Rippen 8, 9 und 10 (MatrixRib) rechts" durchgeführt (Suva-act. 70). Im Operationsbericht wurde u.a. erwähnt, der Knochen sei insgesamt etwas osteoporotisch, die winkelstabilen Schrauben würden aber festsitzen; die Thoraxwand sei wieder anatomisch aufgerichtet.

3.6 Am 8. Oktober 2017 wurde die Beschwerdeführerin erneut im I._____ Spital operiert, weil sich 3 Tage nach der letzten abdominalen Revision gallige Flüssigkeit im Abthera-VAC zeigte. Dr.med. P._____ (Oberärztin) und Dr.med. Q._____ (Assistenzärztin) führten gemäss Bericht vom 19. Oktober 2017 die folgende Operation durch: 1. Abdomenrevision mit Lavage; 2. Transversostoma-Rückverlagerung; 3. Abthera-Vac Wechsel; 4. Ausräumung eines Bilioms und erneute Übernähung Lebereinriss (Suva-act. 68).

3.7.1 Am 10. Oktober 2017 erfolgte im I._____ Spital durch Dr.med. R._____ (Oberarzt) und Dr.med. S._____ (Oberarzt) ein weiterer operativer Eingriff bei der um "Postoperatives Biliom bei diffuser Gallenleckage im Bereich der Lebernaht Segment V/VI" ergänzten bekannten Diagnose (Suva-act. 71). Gemäss Operationsbericht vom Folgetag von Dr.med. R._____ umfasste die Operation: 1. Revisionslaparotomie und Abdominallavage; 2. Partieller Verschluss des Abdomens; 3. Einlage eines VAC-Verbands; 4. Bülaudrainageeinlage (Chr.24) links. Den Ausführungen zum Operationsverlauf ist namentlich zu entnehmen, dass es aufgrund der Spannung nicht möglich war, den mittleren Teil der Laparotomie von 15 cm zu verschliessen. Zum Procedere hielt er u.a. fest: Verschluss der Faszienlücke in 3 Tagen.

3.7.2 Gemäss Operationsbericht vom 28. November 2017 führte Dr.med. S._____ am 12. Oktober 2017 diese "Komplettierung des Bauchdeckenverschlusses" durch (Suva-act. 72).

3.8 Gemäss Bericht vom 19. Oktober 2017 wurde am 18. Oktober 2017 von Dr.med. T._____ (AA Zentrum für Intensivmedizin, I._____ Spital) bei der Versicherten bei Indikation "Verzögerte Entwöhnung von der Beatmung" eine "halboffene, dilatative Tracheotomie nach Ciaglia Blue Dolphin" durchgeführt (Suva-act. 74).

3.9 Am 29. Oktober 2017 wurde die Versicherte von Dr.med. U._____ operiert. Die Operation umfasste (1.) Diagnostische Thorakoskopie rechts bzw. (2.) Konversion auf offene pleurale Dekortikation und Adhäsioolyse rechts. Dem Operationsbericht vom 2. November 2017 ist folgende Diagnose zu entnehmen (Suva-act. 73):

1. Verdacht auf infizierten Hämatothorax DD Pleuraempyem rechts

- St. nach Pattenosteosynthesen wegen instabiler Thoraxwand 8, 9 und 10 rechts am 6.10.2017
- St. nach ausgeprägten segmentalen Lungenembolien Unterlappen beidseits (CT 16.10.2017), seither therapeutische Liqueminisierung
- Progrediente Ergussbildung pleural rechts mit Septenbildung
- Anstieg der Infektparameter und Fieber 38.5

3.10.1 Im undatierten Bericht des I._____ Spitals (wohl vom 31.10.2017, vgl. Suva-act. 21 S. 3 [sogleich Erw. 3.10.2]) wurde die bekannte Diagnose um "Contusio cordis" sowie "RQW praepatellär links" ergänzt. Als weitere Diagnosen bzw. Komplikationen im Verlauf wurden aufgeführt (Suva-act. 21 S. 5):

3. Postoperatives Biliom bei diffuser Gallenleckage im Bereich von der Lebernaht Segment V/VI ED 08.10.2017
4. Bilaterale Pneumonie mit respiratorischer Insuffizienz ED 12.10.2017
 - rechts: im Rahmen des Traumas und postoperativ
 - links: V.a. Aspirationspneumonie und posttraumatisch
5. Herpes nasalis (HSV I) ED 14.10.2017
 - keine okuläre Beteiligung
6. Thrombose der V. jugularis interna rechts ED 15.10.2017
7. Periphere Lungenembolien beidseits ED 15.10.2017
8. Respiratorische Insuffizienz und prolongiertes Weaning ED 19.10.2017
 - Tracheotomie 19.10.2017
 - V.a. Zwerchfellparese rechts
9. Paralytischer Ileus ED 21.10.2017
10. Delir ED 25.10.2017
11. Verdacht auf infizierten Hämatothorax DD Pleuraempyem ED 29.10.2017

3.10.2 Im Arztzeugnis vom 8. November 2017 notierte Dr.med. V._____ (Assistenzärztin Chirurgie, I._____ Spital) zum postoperativen Verlauf und aktuellen Zustand einen "aktuell (09.11.2017 [sic])" guten Verlauf, "Mobilisation am Rollator (freie Mobilisation erlaubt bzgl. der LWK Frakturen), Kostenaufbau bei aktuell noch unterstützender parentaler Ernährung. Tracheostoma wird geplant am 10.11. entfernt" (Suva-act. 21 S. 3).

3.11 Im Bericht vom 28. November 2017 über die wirbelsäulenchirurgische Sprechstunde vom 16. November 2017 erwähnten die Dres.med. Y._____ (Chefarzt interdisziplinäre Wirbelsäulenchirurgie), AD._____ (Co-Chefarzt) und N._____ (Oberarzt) u.a. (Suva-act. 76), der Patientin gehe es den Umständen entsprechend erfreulich gut:

Status/Befunde

Die Patientin kommt von der Viszeralchirurgie-Abteilung im Rollstuhl in die Sprechstunde. Die OP Narben lumbal sind reizlos verheilt und druckindolent. Es lassen sich keine Schraubenköpfe palpieren. Die Patientin kann problemlos vom Rollstuhl aufstehen und zeigt in der orientierenden neurologischen Prüfung keine motorischen Funktions-Ausfälle an den unteren Extremitäten.

Röntgen BWS/LWS ap lateral 16.11.2017

Regelrechte Stellungsverhältnisse ohne Hinweise auf Material- oder Schraubenlockerung. Keine sekundäre Einsinterung der frakturierten LWK1.

Beurteilung/Procedere

In Anbetracht des Schweregrads des Verkehrsunfalls nun insgesamt klinisch sehr erfreulicher Heilungsverlauf. Die stabilisierte LWS Fraktur zeigt ebenfalls regelrechte Befunde. Die Patientin hat keine sensomotorischen Ausfälle und auch keine wesentlichen Rückenschmerzen. Die Röntgenkontrolle ist erfreulich. Wir haben die nächste radiologische Kontrolle in 3 Monaten vorgesehen. Bei weiterhin gutem Verlauf ist eine OSME ab 12 Monaten nach Frakturversorgung zu planen.

3.12 Im Austrittsbericht des I._____ Spitals vom 20. November 2017 halten Dr.med. R._____ und Dr.med. V._____ u.a. fest (Suva-act. 77), die Versicherte habe am 31. Oktober 2017 auf die Normalstation verlegt werden können. Anschliessend habe sich ein guter Verlauf gezeigt. Eine persistierende, asymptotische Tachykardie bis 120/min sei mittels transthorakaler Echokardiografie abgeklärt worden. Hier hätten sich keine Pathologien gezeigt. Die Mobilisation habe initial mit physiotherapeutischer Begleitung, im Verlauf selbständig am Rollator erfolgen können. Die Patientin werde in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen zur weiteren Betreuung ins Spital H._____ verlegt.

3.13 Das am 19. Dezember 2017 durchgeführte Röntgen Thorax (Stehend, p.a., Seitlich) zeitigte keine Auffälligkeiten (Suva-act. 82).

3.14 Im Austrittsbericht des Spital H._____, Chirurgie, vom 28. November 2017 von pract.med. AH._____ (Assistenzarzt) und Dr.med. W._____ (Chefarzt) lässt sich zur Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 20.-29. November 2017 u.a. entnehmen (Suva-act. 85 S. 2 ff.):

Status:

Neurologie: Patient wach, ansprechbar, GCS 15, allseits orientiert, Pupillen isokor, prompt lichtreagibel, Augenfolgebewegung unauffällig.

Thorax: Thoraxkompressionsschmerz rechts, VAG bds, keine Nebengeräusche

Abdomen weich, Druckdolenz im rechten Unterbauch, rege Darmgeräusche in allen vier Quadranten.

WS: Druckdolenz über BWS 8-12 und gesamter LWS.

Becken: Stabil, Kompressionsschmerz rechte Seite.

Knie links: noch Prellmarke, druckindolente Patella, freie Beweglichkeit.

Knie rechts: Druckdolenz über Patella, freie Beweglichkeit.

Restlicher Bodycheck unauffällig. Keine Sensibilitätsstörung.

Verlauf:

Problemlose analgetische Einstellung. Die Mobilisation wurde gut vertragen, die Patientin war selbständig am Rollator mobil. Wir konnten die Patientin am 29.11.2017 in gutem Allgemeinzustand auf die stationäre Rehabilitation im Hause übertreten lassen. (...)

Beurteilung und Procedere:

Weiterführen der Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung. Analgesie nach Massgabe der Beschwerden. (...)

3.15 Im Bericht vom 7. März 2018 zur wirbelsäulenchirurgischen Sprechstunde vom 15. Februar 2018 halten Dres.med. Y._____, AD._____ und N._____ als Zwischenbericht nach klinischer und bildmorphologischer Kontrolle (vom 15.2.2018, Suva-act. 190) u.a. fest (Suva-act. 110), die Versicherte gebe grundsätzlich ein gutes Allgemeinbefinden an. Sie beschreibe jedoch noch regelmässige Rückenschmerzen, welche einer Analgesie mit Novalgin bedürften. Sie fühle sich zudem noch schwach und unsicher auf den Beinen. Zuhause sei sie vollumfänglich selbständig. Im orientierenden Neurostatus zeigten sich keine höhergradigen Funktionsdefizite. Die Röntgenkontrollen zeigten eine unveränderte Materiallage und Frakturkonfiguration auf. Keine Lockerungszeichen der Osteosynthese, keine Einsinterung. "Insgesamt erfreulicher klinischer und bildmorphologischer Verlauf".

3.16 Am 20. Februar 2018 beantwortete der Hausarzt Dr.med. X._____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) zuhanden der Suva einen Fragenkatalog (Suva-act. 102). Die Versicherte beklage Schwäche der Beine, der Hände, Schmerzen im Bereich BWS, LWS und Abdomen diffus, DD der Rippen, Schmerzen Dig III-V re; zusätzlich morgens Husten, oft Brechreiz und zum Teil Erbrechen nach starkem Husten, zum Teil Dyspnoe. Sie gehe an Stöcken, da ihre Beine sehr

schwach seien und wegen den Schmerzen im Rücken. Ohne Stöcke unsicherer Gang mit Sturzgefahr. Es fänden aktuell noch einmal pro Woche Wasser- und zweimal pro Woche Physiotherapie statt. Zur Prognose hält Dr.med. X. _____ fest, mit einer Verbesserung der Gehfähigkeit und abnehmenden Schmerzen sei zu rechnen. Die Patientin sollte wieder ohne Stöcke gehen können; für den Muskelaufbau werde es jedoch noch einige Monate dauern. Restbeschwerden würden bestehen bleiben. Mit einem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik AM. _____ wäre die Patientin überfordert und die Therapie kontraproduktiv.

3.17 Im ärztlichen Zwischenbericht beschreibt Dr.med. X. _____ am 8. Mai 2018 u.a. eine nur sehr langsame Verbesserung (Suva-act. 130/136). Die ganze rechte Seite sei schmerzhaft, "verminderte Kraft nach langer Immobilisation. Schmerzen im Bereich des Rückens, Abdomen und Rippen." Mit einer zögerlichen Verbesserung und mit bleibenden Restschäden sei zu rechnen. Die gegenwärtige Behandlung bestehe aus 2x/Woche Physiotherapie, 3x Spazieren. Der Hausarzt empfahl eine kreisärztliche Beurteilung. Ein bleibender Nachteil sei i.S.v. persistierenden Schmerzen im Rücken und Abdomen zu erwarten.

3.18 Der Physiotherapeut (BSc FH) Al. _____, berichtete am 3. September 2018 von einem bisher langsamen Verlauf (Suva-act. 161). Aufgrund der komplexen inneren Verletzungen und der starken Vernarbung habe die Versicherte bei Belastungen starke Atembeschwerden bis zu Übelkeitsgefühl. Zudem sei die Beweglichkeit des Schultergelenks rechts schmerzbedingt deutlich eingeschränkt (Flexion 90°, Abduktion 90°, Aussenrotation 15°). Lumbale Beschwerden seien konstant leicht vorhanden und nähmen bei längerem Sitzen (20 min.) (recte wohl: zu) sowie wenn sie spazieren gehen möchte. Sie versuche kürzere Strecken ohne Hilfsmittel zu bewältigen, habe in den unteren Extremitäten beidseits noch eine Kraftminderung. Die Schwäche und das leichte Instabilitätsgefühl verursachten beidseits beim Gehen Kniegelenksschmerzen, welche sie zusätzlich limitierten. Jedoch seien diese langsam abnehmend. "Es ist jedoch bisher nur kleine Schritte bessergeworden, sie ist aber motiviert und kommt 2mal pro Woche in die Therapie und absolviert ein zusätzliches Heimprogramm."

3.19 Im Bericht vom 12. November 2018 zur wirbelsäulenchirurgischen Sprechstunde vom 25. Oktober 2018 hält Dr.med. Y. _____ u.a. fest (Suva-act. 197-4 f./5), anamnestisch gehe es der Versicherten grundsätzlich gut. Nichtsdestotrotz bekunde sie chron. Schmerzen im Brustkorbbereich, wie auch am Rücken, teils auch nachts bei Bewegung. Sie sei in Serbien für eine 3-wöchige Thermalwassertherapie gewesen, was ihr gutgetan habe. Sie nehme nahezu täglich Novalgin ein. Als Befund/Status wird festgehalten, die Operationsnarben seien reiz-

los verheilt; im heutigen Röntgenbild zeigten sich stationäre Verhältnisse mit intaktem Osteosynthesematerial. Es zeigten sich klinisch keine sensomotorischen Ausfälle an den Extremitäten. Beurteilend wird festgehalten, die planmässige "OSME" werde nun in die Wege geleitet.

3.20 Der Versicherungsmediziner Dr.med. Z. _____ (Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation) beantwortete am 21. November 2018 die Fragen (1.) "Ist die geplante OSME unfallbedingt ausgewiesen?" mit ja, (2.) "Wann kann mit einem med. Endzustand gerechnet werden?" mit "offen" und (3.) "Haben Sie Bemerkungen zu den vorgeschlagenen Behandlungsmassnahmen oder Vorschläge zum weiteren med. Vorgehen?" mit nein (Suva-act. 200).

3.21.1 Am 30. November 2018 wurde die vollständige OSME im I. _____ Spital bei der Diagnose "St. n. dorsaler minimal-invasiver transpediculärer Stabilisation TH11-L3" durchgeführt (Suva-act. 217 S. 4 f.).

3.21.2 Dr.med. N. _____ und AJ. _____ (Assistenzärztin) hielten im Austrittsbericht vom 2. Dezember 2018 fest, die Operation am 30. November 2018 sei mit komplikationslosem peri- und postoperativem Verlauf erfolgt, ohne Auftreten neuer neurologischer Defizite (Suva-act. 2017 S. 6 f.). Ab dem ersten postoperativen Tag korsettfreie Vollmobilisation der Patientin. Die Patientin könne in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden. Für alltägliche Belastungen sei die operierte Wirbelsäule stabil genug. Mobilisation nach Massgabe der Beschwerden.

3.22 Im Bericht vom 25. Januar 2019 zur wirbelsäulenchirurgischen Sprechstunde vom 24. Januar 2019 hält Dr.med. AB. _____ (Oberarzt) u.a. fest (Suva-act. 228 S. 4 f.):

Verlauf

Frau A. _____ stellt sich zur klinischen und radiologischen Verlaufskontrolle ca. 6 Wochen nach OSME Th 11-L3 vor. Der Patientin geht es unverändert. Es bestehen weiterhin die mittlerweile chronifizierte Thoraxschmerzen, intermittierend würden bei Belastung auch leichte paravetebrale Rückenschmerzen thorakolumbal bestehen. Nach wie vor fühlt sich die Patientin insgesamt schwach nach dem schweren Polytrauma. Fr. A. _____ macht fleissig Physiotherapie, nimmt an Analgetika nur Novalgin ein. Durch die chronifizierte Beschwerden ist auch die psychische Belastung sehr hoch.

Im Status zeigen sich reizlose Wundverhältnisse am Rücken. Es bestehen unveränderte Ganzkörperschmerzen. In der Untersuchung lässt sich kein sensomotorisches Defizit eruieren. Das Gangbild ist verlangsamt.

Beurteilung und Prozedere

Bezüglich der Wirbelsäule zeigt sich ein regelrechter klinischer und radiologischer Verlauf nach OSME bei ansonsten multifaktoriell bedingtem chronifiziertem Schmerzsyndrom nach schwerem Polytrauma.

Wir schliessen die wirbelsäulenchirurgische Behandlung heute ab. Bei Bedarf gerne Wiedervorstellung.

3.23 Prakt.med. AK. _____ (Hausarztpraxis) hielt zuhänden der Suva am 4. Februar 2019 was folgt fest (Suva-act. 230 S. 3 f.):

Ad1:

Diagnose:

1. St. n. dorsal minimale.invasiver transpedikulärer Stabilisation Th11-L2 (Medtronic longitude) am 06.10.17 mit/bei:
- instabiler LWK-1-Fraktur Typ AOB1 A3 (Chance-Fracture) im Rahmen eines Polytraumas nach Verkehrsunfall am 03.10.2017
2. chronische Thoraxschmerzen und Rückenschmerzen
3. OSME Th 11-L3 am 30.11.2018 fecit AJ. _____ mit Hospitalisation bis zum 2.12.18.

Ad2:

Die Patientin hat die Metallentfernung gut überstanden, Schmerzen bestehen jedoch nach wie vor.

Eine Prognose ist noch abzuwarten. Frau A. _____ begann erst kürzlich wieder eine Therapie mittels Wärmetherapiebad.

Ad3:

Gegenwärtige Therapie: Wärmetherapiebad, Analgesie mit Dafalgan und Novalgin bei Unverträglichkeit sämtlicher anderer Schmerzmittel.

Eine nächste Kontrolle im LUKS ist in einigen Wochen geplant.

Konsultationen in der hausärztlichen Sprechstunde ca. alle 2-4 Wochen. Die voraussichtliche Behandlungsdauer kann aktuell nicht beurteilt werden.

Ad4:

Die Patientin ist glaube ich nicht erwerbstätig.

3.24 Auf "Vorlage Versicherungsmedizin" durch die Suva (Vorlagegrund: "Heilverlauf, med. Endzustand usw.") bei der "Problematik": "(...) Die OSME erfolgte am 30.11.18, die wirbelsäulenchirurgische Behandlung wurde im I. _____ Spital am 24.1.19 abgeschlossen. Gemäss HA-Bericht vom 4.2.19 bestehen wie auch im Bericht vom I. _____ Spital bestehen nach wie vor Schmerzen" notierte der Kreisarzt Dr.med. F. _____ (Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates) am 11. Februar 2019 (Suva-act. 232):

OSME erfolgte 11/2018.

Endzustand ist ü. w. 6 Monate nach Operation zu erwarten.

Um Wiedervorlage 05/2019 wird gebeten zur abschliessenden Beurteilung. Aktuell ist trotz Behandlungsabschluss der Endzustand nicht erreicht.

(...) Die geklagten Beschwerden sind ü. w. unfallkausal.

3.25 Am 9. April 2019 erfolgte eine Erstkonsultation (vgl. Suva-act. 246) im I. _____ Spital, Klinik für Anästhesie, (...) und Schmerztherapie (KLIFAiRS). Im Bericht vom Folgetag hielten AL. _____ (Oberarzt FA Interventionelle Schmerztherapie SSIPM) und Dr.med. AC. _____ (Assistenzärztin) bei der

Diagnose "1. St. n. Polytrauma mit persistierenden, thorakoabdominalen Schmerzen bei (...)", "2. St. n. dorsaler minimal-invasiver transpediculärer Stabilisation Th11-L3 (am 06.10.2017 m/b (...)" fest (Suva-act. 248):

Anamnese

Frau A. _____ leidet seit dem stattgehabten Polytrauma mit komplexem Thorakoabdominaltrauma und anschliessender operativer Versorgung unter persistierenden thorakoabdominellen Brennschmerzen rechtsseitig.

In Bezug auf die ausführliche Vorgeschichte verweisen wir auf die Austrittsberichte (...).

Aktuell beziffert die Patientin die Beschwerden mit NRS 5-6/10 im Durchschnitt bis hin zu maximalen Schmerzexazerbationen auf NRS 10/10. In der Qualität ist im rechtsthorakalen Bereich der Schmerz vor allem als brennend, teils ziehend zu bezeichnen. Die Schmerzsensationen im Bereich der ventralen Bauchdecke und medianen Laparotomie wird eher als klemmend wahrgenommen. In der Auftretenshäufigkeit sind die einschliessenden Schmerzsensationen unbeeinflussbar, teils nachts teils tagsüber. Schmerzlindernd könne Novalgin 20-40 Tropfen die Schmerzen für ca. 2 -3 Stunden deutlich (> 60 %) reduzieren. Des Weiteren wird die derzeitig begonnene Aquatherapie ebenfalls als angenehm empfunden. Direkt schmerzverstärkend wirke sich rechts thorakal vor allem die direkte Berührung aus. Im Bereich der Narben der Bauchdecke wird tiefer Druck als schmerzverstärkend empfunden.

Eine weitere, seit dem Unfall aufgetretene Schmerzlokalisierung, respektive Schmerzausstrahlung, wird der nuchal / occipital beginnende Kopfschmerz beschrieben, welcher je nach muskulärem Spannungszustand mehr nach occipital und occipitotemporal ausstrahle und teils zusätzliche migräneähnliche Aura Symptome zeige. Teilweise strahle dieser Schmerz bei hoher Muskelspannung nuchal auch in Richtung der Schulter, allerdings nur linksseitig.

Psychosozial fühlt sich Frau A. _____ sehr belastet, die Bilder des Ereignisses, der tägliche Umgang mit den Schmerzen wie die derzeitige Arbeitsunfähigkeit belasten die Patientin sehr. Grundsätzlich ist sie bereit alles Erdenkliche gegen den Schmerz und für ihre Genesung zu tun.

Befunde

Thoraxwand: reizlose Narbenverhältnisse paravertebral wie entlang der Rippen 8, 9, 10; Sensibilität: Hyposensibilität der Narben - Narbenumgebung Allodynie und Pin Prick Hyperalgesie in Projektion dorsal auf Höhe TH 7/8 - L2/3 dorsal ventral in Projektion auf TH 8/9 bis medioclavicular.

Bauchwand: reizlose Narbenverhältnisse, Druckdolenz der Narben bei tiefer Palpation - Sensibilität sonst unauffällig.

Nuchal / occipital: deutlicher paravertebraler Muskelhartspann li > rechts, deutliche Druckdolenz paravertebral li > rechts, Druckdolenz und Auslösbarkeit der bekannten Kopfschmerzen in Projektion auf den N. occipitalis major links

Beurteilung

In Zusammenschau der Befunde finden sich unterschiedliche Schmerzsensationen und Lokalisationen. Die Beschwerden im Bereich der dorsalen und seitlichen Thoraxwand interpretieren wir im Sinne einer Affektion der Intercostalnerven mit Punktum Maximum im Bereich der osteosynthetisch versorgten Rippen. Eine theoretisch denkbare radikuläre Ursache ist zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen, jedoch aufgrund der ursprünglichen Frakturen und osteosynthetischen Versorgung

aufgrund der klinischen Zuordnung eher unwahrscheinlich. Die Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der medianen Laparotomie und der kleineren Narbe rechts am Rippenbogenrand könnte im Sinne eines Narbenschmerzes zu interpretieren sein, Hinweise auf eine Narbenhernie als ursächlichen Hintergrund ist klinisch nicht auszumachen. Die dritte Schmerzlokalisierung im Bereich des Nackens und der Ausstrahlung nach occipital und in die linken (sic) Schulter könnte möglicherweise mit einer posttraumatischen Irritation der medial branches der Facettengelenke C2/3 C3/4 und oder des N. occipitalis major links erklärbar sein. Psychopathologisch wurde die Patientin bis dato nicht näher beurteilt, im Gespräch zeigt sich jedoch eine deutlich ausgeprägte Angstproblematik, welche durch die Patientin auf das Unfallereignis und die anschliessende Hospitalisation zurückgeführt (sic) wird.

Procedere

Medikamentös:

(...)

Therapeutische:

Die begonnene physiotherapeutische Beübung und Aquatherapie sollte fortgeführt werden. Neuromodulativ wurde erweiternd mit TENS begonnen, welches die Patientin in der häuslichen Umgebung anwenden wird. Bei anamnestisch erwähnter psychosozialer posttraumatischer Belastungssituation ist eine schmerz- und psychoedukative Gesprächstherapie unbedingt anzuraten. Diesbezüglich wird der Sohn der Patientin mit ihr gemeinsam nach einer Therapiestelle heimatnah suchen.

Interventionell:

Zunächst wird die Intercostalblockade zur Unterstützung der oben genannten Schmerzmodulation bei neuropathischem Schmerzgeschehen stattfinden (Rippe 8,9, 10 rechts). Im weiteren Verlauf werden, je nach Verlauf, unter konservativen Massnahmen und unter Anwendung des TENS, noch Probeinfiltrationen im Bereich des Nackens stattfinden (N. occipitali major Blockade, Facettengelenksblockaden C2/3 + C3/4).

3.26 Auf neuerliche Vorlage hin dokumentierte der Kreisarzt Dr.med. F._____ nach persönlicher Anamneseerhebung, Untersuchung und Besprechung am 17. Juli 2019 was folgt (Suva-act. 267):

47-jährige Frau in reduziertem Allgemein- und normalen Ernährungszustand, 51 kg aktuell gemessenes Körpergewicht bei 142 cm aktuell gemessener Körpergrösse. Das Gangbild im Agenturbereich ist stark verlangsamt und kleinschrittig ohne erkennbares Schmerz- oder Schonhinken und unter Verwendung einer Unterarmstützkrücke rechts als Gleichgewichtshilfe. Erhöhte Atemfrequenz wird nicht beobachtet.

Die klinische Untersuchung ist gekennzeichnet durch häufiges Stöhnen der Versicherten und Verzerren des Gesichts mit Schmerzartikulation bei der Untersuchung der verschiedenen Körperregionen.

An der Halswirbelsäule findet sich eine physiologische Lordosierung mit einer eingeschränkten Beweglichkeit in allen Ebenen, Druckdolenz entlang der paravertebralen Muskulatur beidseits ohne Hinweise auf muskuläre Atrophien in diesem Bereich.

Im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule findet sich eine aufgehobenen (sic) Thorakalkyphose und Lendenlordose in der Sagittalebene, eine reduzierte Beweg-

lichkeit bei der Prüfung in allen Ebenen, Druckschmerzhaftigkeit entlang der Brust- und Lendenwirbelsäule, sowie im Bereich des thorakolumbalen Übergangs vier Stück je 8 bis 9 cm messende blande, chirurgische Narben paravertebral. Der Fingerkuppen-Bodenabstand kann im Stehen wegen Schmerzen nicht geprüft werden, der Fingerkuppen-Zehenabstand im Liegen kann wegen Schmerzen nicht geprüft werden. Das Ott'sche Zeichen ergibt eine Differenz von 2 cm, das Schober'sche Zeichen eine Differenz von ebenfalls 2 cm.

An der rechten Thoraxwand findet sich eine 17 cm lange blande chirurgische Narbe sowie beidseits Inzisionen an typischer Stelle nach Drainagen.

An der Bauchdecke findet sich eine 25 cm messende blande mediane Laparotomie-Narbe sowie mehrere Inzisionen nach Drainagen. Eine Palpationsprüfung wird wegen Schmerzangabe bei Palpation nicht durchgeführt.

Im Bereich der Schultergelenke findet sich ein symmetrischer Schulterstand ohne Hinweise auf Atrophie der Muskulatur, eine Beweglichkeitsprüfung des rechten Schultergelenks wird wegen Schmerzartikulation nicht durchgeführt. Eine Abduktion bis 45° ist unter Schmerzangabe möglich, eine Aussenrotation ist bis 45° unter Schmerzangabe möglich, eine Flexion ist bis 45° unter Schmerzangabe möglich. Im Bereich des linken Schultergelenks findet sich eine altersgemäss unauffällige Beweglichkeit. Das muskuläre Relief im Bereich der Oberarme und Unterarme ist augenscheinlich seitengleich. Die Beweglichkeit im Bereich der Ellenbogen und Handgelenke sowie Fingergelenke ist frei.

(...)

Bei der Prüfung der grossen Gelenke der Beine werden Schmerzen im Bereich des linken Beins bei Beweglichkeitsprüfung artikuliert, eine Beugung des linken Kniegelenks bis 90° wird unter Schmerzangabe toleriert, eine weitere Flexion wird nicht toleriert. Am rechten Kniegelenk ist eine Flexion bis 120° prüfbar.

Die Prüfung der Hüftgelenke wird nicht toleriert wegen Schmerzen in der Bauchregion. Im Bereich der Sprunggelenke findet sich kein Hinweis auf arthrogene Beschwerden, das Weichteilrelief ist seitengleich symmetrisch ausgeprägt. Im Bereich der Zehenballen sowie den Fusssohlen wird beidseits eine verminderte Sensibilität angegeben. Die peripheren Pulse sind gut tastbar, die Nagelrekapillarisierungszeit ist seitengleich, es finden sich keine trophischen Störungen als Hinweis auf ein CRPS.

Im Seitenvergleich findet sich ein Muskelminus im Bereich des linken Unterschenkels. Im Bereich des linken Kniegelenks findet sich eine ca. 4 cm messende, bland verheilte Rissquetschwunde.

(...)

Als Diagnosen nannte der Kreisarzt "Ereignis vom 03.10.2017 [...] mit Rippenfrakturen 5 bis 9 rechts und 5 bis 9 links, Leberruptur, Milz- und Nierenlazeration beidseits, Dünndarm- und Colon ascendens-Ruptur, Duodenumruptur, Zwerchfellruptur und Fraktur des 1. Lendenwirbelkörpers; St. n. mehrfachen Operationen von 03.10.2017 bis 29.10.2017, siehe Verlauf; St. n. OSME Wirbelsäule 11.12.2018; Dauerschmerzen unter Schmerztherapie in der Schultergelenkregion rechts, am Thorax, im Abdomen und Bein links mit Dekonditionierungszeichen".

In der Beurteilung i.S. der Beantwortung der von der Suva gestellten Fragen notierte der Kreisarzt, von weiteren Behandlungen sei mindestens mit überwiegen-

der Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitsschadens zu erwarten. Er empfahl eine 5-wöchige stationäre, arbeitsorientierte Rehabilitation in der Rehaklinik AM._____ zur Evaluierung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Das TENS-Gerät sei unfallbedingt ausgewiesen, sinnvoll und zweckmässig, da hierdurch vorübergehend eine deutliche Schmerzlinderung erzielt werden könne. Die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin/ Unterhalt sei aktuell nicht zumutbar. Das Erstellen eines Zumutbarkeitsprofils könne nach erfolgter stationärer Rehabilitation durchgeführt werden, ebenso die Schätzung des unfallbedingten Integritätsschadens, überwiegend wahrscheinlich werde die Erheblichkeitsgrenze überschritten im Bereich der Fraktur des 1. Lendenwirbelkörpers.

3.27 Am 20. August 2019 erfolgte der Eintritt in die Rehaklinik AM._____ (stationär bis 11.9.2019) zwecks Evaluierung der funktionellen Leistungsfähigkeit bzw. Zwecks medizinischer und beruflicher Zielsetzung (Suva-act. 267, 271). Im Austrittsbericht vom 17. Oktober 2019 (vgl. auch Kurzbericht provisorisch vom 10.9.2019 [Suva-act. 283 S. 2 f.]) hielt die Rehaklinik AM._____ fest (Suva-act. 287):

Diagnosen

- A. Unfall vom 03.10.2017: PW-Frontalkollision mit Auto
(...)
- B. Diabetes Mellitus Typ II (diätetisch behandelt)
- C. Chronischer Nikotinkonsum bis 2017 ca. 30 PY

Probleme bei Austritt

- 1. Eingeschränkte Mobilität (Strecken ausserhalb der Wohnung mit einer UAG)
- 2. ADL eingeschränkt
- 3. Dekonditionierung
- 4. V.a. chronisches Schmerzsyndrom mit Schmerzen betont Hemithorax rechts und Rücken
- 5. Erhebliche Symptomausweitung

Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive

Es wurde eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet.

Es ist davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt wurde. Infolge Selbstlimitierung konnten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden. Die Resultate der physischen Leistungstests sind deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar.

Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lässt sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stützt sich wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im

Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lässt sich medizinisch-theoretisch nicht begründen.

Es liegt keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsmin- derung begründen könnte.

Die untenstehende Beurteilung der Zumutbarkeit erfolgt aus unfallkausaler Sicht.

Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Reinigungskraft (in Kündigung):

Leichte bis mittelschwere Arbeit.

Arbeitszeit: Ganztags.

Spezielle Einschränkungen: Ad Rücken: wechselbelastend, keine länger dauernde Einnahme von Zwangshaltungen

Empfehlungen/Prozedere beruflich:

Arbeitssuche. Meldung beim RAV. Eventuell Einarbeitung mit Hilfe der IV.

Von der Fortsetzung der Behandlung kann keine namhafte Besserung mehr erwar- tet werden. Vorschlag für Fallabschluss.

(...)

Zusammenfassende Beurteilung

(...)

Zur Ergänzung und Aktualisierung der Diagnostik wurden während des stationären Aufenthalts folgende Untersuchungen durchgeführt:

- 09.09.2019 Röntgen LWS ap und lateral sowie thoraco-lumbaler-Uebergang ap und lateral: Keine korrespondierende Voruntersuchung zum Vergleich vor- liegend (weder im USZ noch SUVA PACS). Anamnestisch bekannte leichte Deckplattenimpression von LWK 1. Bandscheibenfach-Höhenminderung BWK 12/LWK 1. Anamnestisch Fraktur des rechten Processus transversus von BWK 11, BWK 12/LWK 1. Frakturen konventionell radiologisch nicht sicher abgrenz- bar. Fraglich ältere Fraktur bzw. Anlagevariante des Processus spinosus von BWK 12. Status nach mittels Plattenosteosynthese versorgter Rippenfraktur der 8., 9., 10. Rippe rechts. Konventionell-radiologisch sind die Frakturen nicht mehr abgrenzbar. Anamnestisch vormals Spondylodesematerial zwischen BWK 11 und LWK 3.
- Labor vom 10.09.2019: erhöhtes GGT.

Somatische Beurteilung:

Knapp 2 Jahre nach einer PW Frontalkollision (...) bestehen aktuell die unter Pro- bleme bei Austritt subsumierten Beschwerden. Im Vordergrund steht die stark ein- geschränkte Gehfähigkeit, mehrheitlich mit einem Stock, aufgrund Schmerzen im Rücken. Das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen lässt sich mit den ger- ingfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären.

Wir veranlassten eine radiologische Standortbestimmung am 9.09.2019. Es zeig- ten sich konsolidierte, osteosynthetisch versorgte Rippenfrakturen. Die initial als instabil beurteilte LWK 1 Fraktur wird aktuell nach Osteosynthesematerialentfer- nung vom 11.12.2018 als leichte Deckplattenimpression mit Bandscheibenfach- Höhenminderung BWK 12/LWK 1. beurteilt.

Bei Status nach Abdominaltrauma mit Leberruptur, Milz- und Nierenlazeration rechts, Nierenlazeration links, Dünndarm- und Colon ascendens-Ruptur, Duode- numruptur ist heute von einem klinisch stabilen Zustand ohne Beklagen spezifi- scher Probleme auszugehen. Die noch beklagten Schmerzen im Bereich Hemitho-

rax rechts haben sich wahrscheinlich nach den Rippenfrakturen entwickelt, sollten aber heute bei konsolidierten Frakturen nicht, oder nicht mehr im beklagten Ausmass vorhanden sein. Es wurde ein Medikamentenspiegel von Pregabalin bestimmt. Der Wert betrug 0.8 mg/l bei einem Referenzwert von 2.0 bis 5.0 mg/l. Auf der Verhaltensebene zeigte die Patientin ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten, es fand sich eine erhebliche Symptomausweitung. In diesem Kontext muss auch die Benutzung des Stocks gesehen werden, medizinisch gibt es dafür keine Indikation bzw. Erklärung. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes konnte kein therapeutischer Zugang erarbeitet werden und es kam zu keiner Verbesserung der Schmerzproblematik. Aus unserer Sicht liegt ein medizinischer Endzustand vor. Von weiteren medizinischen Massnahmen darf man sich keine Verbesserung mehr versprechen.

Im Weiteren wird in diesem Austrittsbericht festgehalten, die Beobachtungen bei den Leistungstests hätten auf eine erhebliche Symptomausweitung hingewiesen. Die Beschreibung der Schmerzen sei undifferenziert gewesen, das Schmerzverhalten nicht ganz adäquat. Das Leistungsverhalten beurteilten sie als schlecht. Die Konsistenz sei schlecht gewesen (es hätten sich mehrere Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten gefunden). Das Verhalten bezüglich Rehabilitation würden sie als negativ werten. Die Patientin habe sich zwar im Gespräch an Informationen und Anregungen über einen besseren Umgang mit den Schmerzen interessiert gezeigt, allerdings habe sie sich weiterhin sehr schmerz fokussiert gezeigt und habe sich nicht in der Lage gesehen, eine minimale Belastungssteigerung im Training zu erzielen. Auch das Schmerzverhalten habe kaum beeinflusst werden können. Zusammenfassend habe keine namhafte Verbesserung erzielt werden können. Die Patientin habe weiterhin eine reduzierte Beweglichkeit der Wirbelsäule gezeigt und gehe die Gehstrecke über 30 m weiterhin mit einem Gehstock. Im Verlauf sei nur ein minimaler Fortschritt hinsichtlich der Wirbelsäulenbeweglichkeit FBA von 50 auf 47) erzielt worden. Die Schmerzangaben seien weiterhin bei NRS 8-10/10.

3.28 Am 28. Oktober 2019 hielt der Kreisarzt Dr.med. F. _____ fest (Suvaact. 293), der Versicherten sei aufgrund des Ereignisses vom 3. Oktober 2017 ein erheblicher und dauernder körperlicher Integritätsschaden entstanden und es habe sich ein ungünstiger Verlauf entwickelt, aus welchem eine dauernde Schädigung und damit verbunden eine erhebliche Beeinträchtigung einhergehe. Den Integritätsschaden schätzte der Kreisarzt auf 10%. Gemäss Tabelle 7, Integritätsschaden bei Wirbelaffektionen, sei bei Frakturen der Wirbelsäule inkl. Spondylodese mit einer Fehlstellung bis 10° und belastungsverstärkten Schmerzen, welche auch in Ruhe vorkommen, ein Integritätsschaden zwischen 5 und 10% ausgewiesen. Bei der Versicherten bestehe eine vermehrte Kyphose von 9° bei St. n. dorsaler Stabilisierung und Osteosynthesematerialentfernung, sodass der obere Wert mit 10% als angemessen geschätzt werden könne.

Im Weiteren hielt der Kreisarzt gleichentags in Beantwortung eines Fragenkatalogs fest (Suva-act. 294), von einer Behandlung könne nicht überwiegend wahrscheinlich eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitsschadens erwartet werden. Die stationäre Rehabilitation als bestmögliche Behandlungsmöglichkeit habe keine Besserung bewirken können. Per sofort sei das TENS-Gerät unfallbedingt nicht mehr ausgewiesen und nicht mehr sinn- oder zweckmässig. Das Schmerzverhalten während des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik habe eine erhebliche Symptomausweitung gezeigt, sodass von einer TENS-Behandlung keine namhafte Besserung zu erwarten sei. Die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sei der Versicherten nicht vollumfänglich zumutbar, die Anforderungen seien zu hoch. In Anbetracht der Unfallfolgen seien der Versicherten leichte bis mittelschwere Arbeiten ganztags zumutbar mit der speziellen Einschränkung den Rücken betreffend, dass diese Belastungen wechselbelastend sein sollten und eine längerdauernde Einnahme von Zwangshaltungen zu vermeiden und nicht zumutbar sei.

3.29 Nachdem die Suva am 10. Dezember 2019 gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes vom 28. Oktober 2019 den Fallabschluss verfügt, die Zusprache einer Invalidenrente abgelehnt sowie eine Integritätsentschädigung von 10% zugesprochen hatte, liess die Beschwerdeführerin mit der hiergegen erhobenen Einsprache einen Arztbericht von Dr.med. AE. _____ (FMH für Chirurgie) vom 30. Dezember 2019 einreichen. Dieser hielt u.a. fest (Suva-act. 335), er sei mit der Schätzung und Begründung von Dr.med. F. _____ einverstanden, dass die Folge der Flexions-Impressionsfraktur des Wirbelkörpers L1 einem Integritätsschaden von 10% entspreche. Festzustellen sei allerdings, dass bei der Versicherten die Spondylodesen der vier Wirbelsegmente Th11/Th12, Th12/L1, L1/L2 und L2/L3 nicht allein aufgrund und im Zusammenhang mit der Fraktur des Wirbelkörpers L1 hätten gemacht werden müssen, die der Kreisarzt ausschliesslich beurteilt habe, sondern vorwiegend wegen der Querfortsatzfrakturen der drei Wirbel Th11, Th12 und L1 rechts. Daraus ergebe sich die Berechtigung die ausgedehnten, d.h. dreifach Spondylodesen noch separat einzuschätzen, was nach Ziff. 4 der Tabelle 7 eine Erhöhung der Integritätsentschädigung um wenigstens 5% verlange. Die Versicherte habe folglich Anrecht auf mindestens 15% Integritätsentschädigung. Warum sich aus den schweren Mehrfachverletzungen und deren intensiven Behandlungen über zwei Jahre nicht mehr als eine Integritätsentschädigung von 15% ergebe, sei schwer erklärlich. Stünden "Schmerzen vor psychischen Störungen im Vordergrund und sind sie organisch angemessen erklärbar, so sind sie bei Erheblichkeit gesondert zu schätzen, bei neuralgischer Ätiologie in Analogie zur Trigeminusneuralgie in der Tabelle 17 der Suva (IS bei Ausfällen der Funktionsstörungen der Hirnnerven), die bei mittelschwerer Aus-

prägung 10% ergibt." Dieser Analogie zufolge würden sich die chronischen Schmerzen der Versicherten auf wenigstens 5% Integritätsentschädigung belaufen. Die Versicherte habe alles in allem Anrecht auf 20% Integritätsentschädigung. Es gebe keinen Grund, die drei Teilschäden nicht zu addieren.

3.30 Am 9. Januar 2020 hielt der Kreisarzt Dr.med. F. _____ vollumfänglich an seiner Stellungnahme und Beurteilung vom 28. Oktober 2019 fest (Suva-act. 339 f.).

3.31 Im Rahmen des (ersten) Einspracheverfahrens veranlasste die Suva sodann eine chirurgische Beurteilung durch med.pract. AF. _____ (Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie sowie Facharzt für Viszeralchirurgie, Suva, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin). Aus dieser Beurteilung vom 22. April 2020 ergibt sich (Suva-act. 345):

(...)

Begleitende Frakturen des Processus transversus des BWK 11, BWK 12 und LWK 1 sind - bei eigener Einsichtnahme in die Bildgebung - nicht bzw. nur minim disloziert. Diese Verletzungen heilen knöchern in anatomische Position aus und sind daher radiologisch auch im Verlauf nicht mehr abgrenzbar (siehe z. B. Befund vom 09.09.2019). Diese Frakturen benötigen (...) keiner chirurgischen Intervention, sie werden konservativ behandelt. Sie bewirken keine Instabilität der Wirbelsäule. Die Processus sind lediglich Ansatzpunkt der Rückenmuskulatur.

Mit dem gewählten Behandlungsverfahren gelingt eine stabile Heilung der Wirbelsäulenverletzung. Es verbleibt eine leichte keilförmige Deformierung, die mit den radiologischen Berichten übereinstimmend mit 10° bestimmt wird. Das zur Stabilisierung eingebrachte Metall wird operativ am 30.11.2018 entfernt. Damit sind die Segmente BWK 11/BWK 12 und LWK 1/LWK 2 nicht mehr in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt. Eine Spondylodese dieser Segmente ist - entgegen der Darstellung von Herrn Dr. med. AE. _____ - nicht erfolgt.

Das Segment BWK 12/LWK 1 zeigt gemäss den vorliegenden Röntgenbildern bei eigener Einsichtnahme in die Bildgebung neben der leichten keilförmigen Deformierung des LWK 1 auch eine Verschmälerung des Bandscheibenraums in diesem Segment, was als Zeichen eines posttraumatischen Umbaus dieser Bandscheibe zu werten ist. Es ist davon auszugehen, dass die Beweglichkeit in diesem Segment deutlich reduziert und ggfs. aufgehoben ist. Eine Spondylodese (operative Versteifung) des Segments BWK 12/LWK 1 ist jedoch nicht erfolgt.

Als Residuum der im Rahmen des Unfalls vom 03.10.2017 erlittenen Wirbelsäulenverletzung verbleiben somit eine keilförmige Deformierung des 1. Lendenwirbelkörpers und eine Verschmälerung des Bandscheibenfachs zwischen BWK 12 und LWK 1. Bezüglich der Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule kommt diesem Segment eine eher geringe Bedeutung zu. Zeichen einer persistierenden Instabilität des Segments BWK 12/LWK 1 kommen bildgebend nicht zur Darstellung und werden mit den medizinischen Berichten nicht erwähnt.

Mit dem Austrittsbericht der RKB vom 17.10.2019 wird darauf hingewiesen, dass das Ausmass der von der Versicherten demonstrierten physischen Einschränkun-

gen nicht mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen erklärt sei.

Die Tabelle 7 der Suva (Integritätsschaden bei Wirbelsäulenerkrankungen) differenziert zwischen Frakturen der Wirbelsäule, einer Osteochondrose, Diskushernien, einem Status nach Laminektomie und Spondylodese sowie Kyphosen und Skoliosen. Unter den Frakturen der Wirbelsäule sind die Folgen einer Spondylodese, eine verbleibende Kyphose und/oder Skoliose subsummiert. In der Skala finden zudem Schmerzen mit einer Einteilung von 0 bis +++ Berücksichtigung.

Die Unfallfolgen der Wirbelsäulenverletzung der Versicherten werden in der Tabelle mit der ersten Zeile der Einteilung «Frakturen» abgebildet:

Ein Kyphosewinkel von 10° ist von radiologischer Seite bestätigt.

Die Versicherte klagt über Schmerzen, die durch die Einnahme von Medikamenten Linderung erfahren, jedoch dauernd vorhanden seien (siehe Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 17.07.2019). Allerdings wird mit dem Austrittsbericht der RKB vom 17.10.2019 dokumentiert, dass die Versicherte lediglich bei Bedarf (somit nicht regelmässig) Analgetika (Novalgin und Dafalgan) der WHO-Klasse 1 (Nicht-Opioide) einnimmt und die Therapie der als chronisch gewerteten Schmerzen mit Pregabalin, einem Antikonvulsivum das zur Therapie neuropathischer Schmerzen zugelassen ist, erfolgt. Allerdings erreichen die Spiegel des Medikaments im Blut der Versicherten trotz ausreichender Dosierung (2x50 mg) nicht den therapeutischen Bereich. Das spricht nicht überzeugend dafür, dass starke, anhaltende Schmerzen vorliegen. Damit wird die Wahl der Spalte +++ (starke Dauerschmerzen, Zusatzbelastung nicht möglich, auch nachts und in Ruhe) nicht ermöglicht. Gemäss der Tabelle 7 ergibt sich somit eine Bewertung des Integritätsschadens mit 5-10%.

Der Kreisarzt, Herr Dr. med. F. _____, hat mit seiner Einschätzung des Integritätsschadens vom 28.10.2019 die Schmerzen der Versicherten zusätzlich damit berücksichtigt, dass er den oberen der mit der Tabelle genannten Werte, 10 %, gewählt hat.

Die Einschätzung von Herrn Dr. med. F. _____ ist korrekt und berücksichtigt die Schmerzen der Versicherten in dem mit der Tabelle 7 vorgegebenen Mass. Die Schmerzen additiv noch nach einem Quervergleich mit einer Trigeminusneuralgie zu bewerten, entspricht nicht den vorgegebenen Einteilungen.

Der Argumentation von Herrn Dr. med. AE. _____ kann nicht gefolgt werden:

Eine Spondylodese der Segmente BWK 11/12, BWK12/LWK1, LWK 1/2 ist nicht erfolgt, sondern eine temporäre dorsale, transpedikuläre Stabilisation. Das Segment L2/3 war davon nicht betroffen (siehe OP-Bericht vom 19.10.2017 und die Röntgenbilder postoperativ). Eine Spondylodese ist daher bei der Schätzung des Integritätsschadens nicht zu bewerten. Die Schmerzen der Versicherten sind mit der Auswahl des höheren Wertes von 10% (bei einem Spielraum von 5-10%) ausreichend berücksichtigt.

Herr Dr. med. AE. _____ konstatiert, dass es schwer erklärlich sei, warum sich aus den schweren Mehrfachverletzungen der Versicherten nicht ein höherer Integritätsschaden ergebe. Die schweren Verletzungen betreffen vorwiegend innere Organe. Deren Funktion ist durch die ergriffenen operativen Massnahmen wieder hergestellt worden, schwere Funktionsausfälle/Funktionsstörungen innerer Organe sind im vorliegenden Fall nicht dokumentiert. Mit den Tabellen zur Bewertung des Integritätsschadens wird vorwiegend auf Funktionseinschränkungen abgestellt.

Schlussfolgerung

Der Beurteilung des Integritätsschadens durch Herrn Dr. med. F. _____ zufolge des Unfalls vom 03.10.2017 mit einer LWK 1-Fraktur im Kontext eines Polytraumas kann zugestimmt werden. Die Argumentation des Herrn Dr. med. AE. _____ vermag nicht zu überzeugen.

Beantwortung der Fragen

(...)

Aus der Stellungnahme von Herrn Dr.med. AE. _____ ergeben sich keine Zweifel an der durch Herrn Dr.med. F. _____ vorgenommenen Bemessung des Integritätsschadens von 10% für die Folgen der Fraktur des 1. Lendenwirbelkörpers und der Querfortsatzfrakturen des BWK 11 bis LWK 1 einer Seite. Die chronischen Schmerzen haben mit der Wahl des Wertes von 10% bereits Berücksichtigung erfahren.

3.32 In seiner "Entgegnung auf die Stellungnahme von Dr. F. _____ vom 09.01.2020" hielt Dr.med. AE. _____ am 30. April 2020 u.a. fest (Suva-act. 348), eine Integritätsentschädigung von 10% sei eindeutig zu knapp angesichts der übergrossen Schwere der Mehrfachverletzung und der umfangreichen, vielseitigen und wiederholten Spitalbehandlungen. Dieser Gesamteindruck lasse sich auch im Integritätsschaden wirklichkeitsnaher abbilden, was er in seiner Stellungnahme vom 30. Dezember 2019 gezeigt habe, indem er 20% begründet habe. Betreffend Wirbelsäule wolle Dr. F. _____ die Rechtmässigkeit der insgesamt vier Versteifungen von Wirbelsegmenten (vier Spondylodesen) nicht anerkennen, weil die vorgelegenen Wirbelverletzungen nach derzeitigem Wissensstand keine chirurgischen Interventionen benötigt hätten. "Aber berührt diese Frage Frau A. _____ und ihr Anrecht auf die entsprechende IE?" Nichts verhindere, dass sie an den Folgen der Spondylodesen leide, und dass diese nach 14-monatiger Liegezeit des Medtronic-Materials auch vollständig steif seien. Genau dafür gebe es in der Tabelle 7.2 der Suva für die Integritätsentschädigung bei Wirbelsäulenaaffektionen unter Ziffer 4 wegen des hier vorliegenden (vierfachen) St. n. Spondylodese eine Erhöhung um + 5-15%. Dass er also bloss + 5% geschätzt habe, sei sehr konservativ geschätzt. Zu den Schmerzen, die er mit 5% separat geschätzt habe, wende Dr. F. _____ ein, diese seien in der Integritätsentschädigung für die Wirbelsäule bereits eingerechnet. Es gehe aber bei weitem nicht nur um Rückenschmerzen. Es gebe eine Vielzahl von Schmerzlokalisationen - abseits der Wirbelsäule.

3.33 Nachdem die Beschwerdeführerin (unter Beilage des oberwähnten Berichts von Dr.med. AE. _____ vom 30.4.2020) am 5. Mai 2020 an ihrer Einsprache festhalten liess und die Suva am 26. Mai 2020 ihren "Entscheid" vom 10. Dezember 2019 vollumfänglich zurückgenommen hatte (Suva-act. 347, 349), erteilte die Suva nach Gewährung des rechtlichen Gehörs bzw. mit Zustimmung der

Beschwerdeführerin (Suva-act. 361) der G._____ Begutachtung, G._____, den Auftrag für ein interdisziplinäres Gutachten mit den Fachrichtungen Innere Medizin und versicherungsmedizinische Fallführung (Dr.med. AG._____, Facharzt für Innere Medizin, Ärztlicher Leiter G._____ Begutachtung, MAS Versicherungsmedizin, Vertrauensarzt SGV), Orthopädie/Wirbelsäulenchirurgie (Prof. AN._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Senior Consultant, G._____), Viszeralchirurgie (Prof. AO._____, Facharzt für Chirurgie, Stv. Chefarzt Viszeralchirurgie, G._____) sowie ORL (Prof. AP._____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, spez. Hals- und Gesichtschirurgie, Leitende Ärztin, G._____) (Suva-act. 362, vgl. 357).

3.34.1 Am 22. Dezember 2020 wurde das Gutachten erstattet (Suva-act. 381). Die Gutachter erhoben die Diagnosen (Suva-act. 382-12/68):

Unfallkausale Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

1. St. n. Verkehrsunfall vom 03.10.2017 mit
 - Distractionsverletzung Th12/L1 mit horizontaler Fraktur der Lamina sowie des Dornfortsatzes Th12 und Kompressionsfraktur L1 ohne neurologische Ausfälle. Wenig dislozierte Querfortsatzfrakturen L1
 - St. n. minimalinvasiver Stabilisation Th12/L3 mit Pedikelinstrumentarium am 06.10.2017, ohne Spondylodese
 - St. n. Metallentfernung Th12/L3 am 30.11.2018
 - Diffuse Lumbalgien
2. V.a. Frozen Shoulder rechts bei
 - St. n. Osteosynthese der Rippenfrakturen 8, 9 und 10 rechts am 06.10.2017

Unfallkausale Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Reizlose Tracheotomienarbe bei Status nach dilatativer Tracheotomie vom 19.10.2017
 2. St. n. abgeheiltem Thoraxtrauma mit Rippenserienfraktur und Hämatothorax rechts, Rippenserienfraktur links
 3. St. n. abgeheiltem stumpfem Abdominaltrauma mit Leberruptur (Segment V und VI), Milz- und Nierenlazeration rechts Grad II, Nierenlazeration links Grad I, Dünndarm- und Colon Transversum-Ruptur, Duodenumruptur Pars III
 4. St. n. abgeheilte Ruptur Zwerchfell rechts 5cm Länge
 5. St. n. abgeheilte Contusio cordis
- (vollständige Unfalldiagnosen inkl. durchgeführte Behandlungen siehe Persönliche Anamnese oben)

3.34.2 Gemäss der Konklusion und Beantwortung der spezifischen Fragen der G._____ -Gutachter, die deren Konsens widerspiegeln, sei ein Teil der Beschwerden aufgrund der Unfallfolgen grundsätzlich nachvollziehbar in Bezug auf die Art und Lokalisation, nicht jedoch in Bezug auf das beklagte Ausmass und die subjektiv daraus abgeleitete Funktionseinschränkung. Es liege somatisch beurteilt eine ausgesprochene Symptomverdeutlichung vor mit erheblichen Diskre-

panzen in Bezug auf die beklagten Beschwerden, die zu erhebenden objektiven Befunde und teilweise auch zu der beobachtbaren Spontanbeweglichkeit. Anhand der objektivierbaren somatischen Befunde könne als Unfallfolge eine qualitative Einschränkung abgeleitet werden, nicht jedoch eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei angepasster Tätigkeit begründet werden. Psychogene Aspekte bildeten ausdrücklich nicht Gegenstand der Begutachtung und müssten allenfalls psychiatrisch begutachtet werden. Somatisch plausibel würde zunächst eine qualitative Minderbelastbarkeit im Bereich der LWS nach erlittener Distractionsverletzung Th12/L1 und St. n. zeitweiser Stabilisation erscheinen. Diese Verletzung sei mit leichter Kyphose am thorakolumbalen Übergang ausgeheilt. Die jetzt beklagten diffusen Schmerzen im ganzen Wirbelsäulenbereich ohne fokale Betonung könnten mit dieser Fraktur jedoch nicht in Einklang gebracht werden. Auch könne die angegebene Bewegungseinschränkung nicht durch diese Fraktur und auch nicht durch den St. n. operativer Stabilisation und späterer Metallentfernung erklärt werden. Die Wirbelsäulenverletzung Th12-L1 sei geheilt, stabil und benötige keine weitere Behandlung. Es bestünden auch hier gewisse Diskrepanzen zwischen der beklagten hochgradigen Einschränkung und der Spontanbeweglichkeit. Nichts desto trotz erachteten die Gutachter eine gewisse Limitierung der Anforderungen an die Positionen (Zwangshaltung) und Gewichtsbelastung (max. 10 kg) für begründbar. Ein zweiter Schmerzfokus sei die rechte Schulter, wobei keine direkte Unfallverletzung erfolgt sei. Es habe sich jedoch infolge chronifizierter Schonhaltung eine Frozen Shoulder ausgebildet; diese könne trotz stark eingeschränkter Untersuchbarkeit angenommen werden, wobei die Gutachter die Art und Lokalisierung der Schmerzen auch hier als plausibel, jedoch deren beklagtes Ausmass als nicht begründbar bezeichnen. Zwar sei es grundsätzlich möglich und bekannt, dass Rippenfrakturen zu ausstrahlenden Schmerzen führen könnten. Ein fassbares strukturelles Korrelat finde sich aktuell jedoch nicht bei guter Ausheilung der Frakturen. Aus HNO-Sicht liege kein anhaltender Gesundheitsschaden vor und auch aus Sicht der Viszeralchirurgie sei nicht von einem bleibenden Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Zur Frage, inwieweit von weiteren Behandlungsmassnahmen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustands erwartet werden könne, halten die Gutachter fest, grundsätzlich sei eine intensive Behandlung der Frozen Shoulder indiziert. Eine solche Behandlung erfordere aber eine konsequente und intensive Mitarbeit der Patientin. Im vorliegenden Fall spreche vieles für einen stark dysfunktionalen Umgang mit den Beschwerden und ein eindrückliches und habituiertes Schon- und Vermeideverhalten, was die Aussichten auf eine erfolgreiche Massnahme doch deutlich be-

zweifeln lassen würde. Von operativ-interventionellen Zugängen würden sie ab-raten, ausser es bestünde eine wirklich eindeutige Indikation, die "heute nicht er-kennbar" sei. Gleiches gelte auch für die Behandlung der diffusen Beschwerden im LWS-Bereich, wo grundsätzlich durch namentlich intensive konservative Beü-bung ein positiver Effekt denkbar, aber aufgrund der invaliditätsfremden Hinder-nisfaktoren kaum erfolgsversprechend umzusetzen sei. Auf jeden Fall sollte auch im Wirbelsäulenbereich auf invasive Verfahren verzichtet werden. Für die Schmerzen im Thoraxbereich würden derzeit ebenfalls keine Massnahmen er-folgversprechend scheinen. Somit ergebe sich in Bezug auf die Behandlungs-notwendigkeit aus unfallkausaler Sicht, dass aktuell somatische Behandlungs-massnahmen mit Aussicht auf relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit resp. des möglichen Belastungsprofils nicht genannt werden könnten.

3.34.3 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reini-gungskraft gingen die G. _____-Gutachter davon aus, dass diese Tätigkeit die Belastbarkeitslimiten überschreite, insbesondere in Bezug auf die Einschränkun-gen der rechten oberen Extremität, für Arbeiten über der Horizontalen, für Arbei-ten fernab der Körperachse und insbesondere unter Belastung, und entspre-chend aus unfallkausalen Gründen nicht mehr möglich sei.

Aus unfallkausaler Sicht seien wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkei-ten möglich, bei der die Versicherte ab und zu aufstehen und etwas herumgehen könne, wobei darauf geachtet werden müsse, dass sie sich nicht zusätzlich bü-cken oder Gewichte (maximale Gewichtsbelastung 10 kg) heben müsse. Auch könnten keine Arbeiten verrichtet werden, die eine Elevation und/oder Abduktion des rechten Armes bedingten oder Arbeiten mit dem rechten Arm fernab der Körperachse, insbesondere unter Gewichtsbelastung. Es sei ihres Erachtens "i.d.R. eher nicht der Fall", dass diese Limiten eingehalten werden könnten (Su-va-act. 382-13 f./68).

3.34.4 Den Integritätsschaden veranschlagten die Gutachter auf 20%, da die Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht mit der Wirbelsäulenverletzung Th12/L1 und der Frozen Shoulder rechts durch zwei Unfallfolgen beeinträchtigt sei.

Zur Wirbelsäulenverletzung hielten die Gutachter in der Konsensbeurteilung fest:

Die Explorandin hat im Wirbelsäulenbereich eine Distraktionsverletzung Th 12/11 erlitten, welche operativ mit einer Stabilisation Th 12/L3 behandelt wurde. Diese Implantate wurden wieder entfernt, eine Versteifung dieser Segmente hat weder chirurgisch noch spontan stattgefunden. Radiologisch sind auf den Funktionsauf-nahmen vom 02.10.2020 insbesondere in den Bewegungssegmenten L1 - L3 trotz mangelhafter Kooperation der Explorandin eine Beweglichkeit von 5° nachzuwei-

sen. Somit ist auch radiologisch erwiesen, dass diese Segmente nicht versteift worden sind.

Der Kyphosewinkel im später frakturierten Wirbelkörper L1 betrug am 24.04.2017 (also vor dem Unfall) 7° gemessen zwischen Deck- und Bodenplatte von L1. Am 02.10.2020 betrug derselbe Winkel 12.6°. Es liegt also im frakturierten Wirbelkörper selbst eine Kyphosezunahme von maximal 6° vor. Der Winkel zwischen Deckplatte Th12 und Bodenplatte L1 betrug vor dem Unfall 7.4° (Röntgenbild vom 24.04.2017). Derselbe Winkel betrug am 02.10.2020 16.6°. Dies entspricht einer Zunahme der Kyphose von 9°. Diese Zunahme entspricht der Summation der leichten Zunahme der Kyphose auf Höhe des frakturierten Wirbelkörpers L1 selbst mit der leichten Zusammensinterung der Bandscheiben Th12/L1.

Aufgrund der Tabelle 7 der SUVA beträgt der Integritätsschaden bei Wirbelsäulenauffektionen mit einer Kyphose bis zu 10°, mit geringen Dauerschmerzen, bei Belastung verstärkt, auch in Ruhe, 5 - 10%. Von den bisherigen Begutachtern der SUVA wurde ein Integritätsschaden für die LWS von 10% angenommen, was unsererseits ebenfalls so beurteilt wird.

Zur Frozen Shoulder hielten die Gutachter diesbezüglich fest:

Nicht beachtet in den bisherigen Beurteilungen wurde die Einschränkung der Schulterbeweglichkeit rechts. Bereits am 03.09.2018 hatte Herr Al._____, Physiotherapeut im Spital H._____ bemerkt, dass die Beweglichkeit des Schultergelenkes rechts schmerzbedingt deutlich eingeschränkt sei. Auch in der kreisärztlichen Untersuchung vom 16.07.2019 wird von Schmerzen in der rechten Schulterregion gesprochen. Schmerzen im Hemithorax rechts und Schulterschmerzen rechts sind auch, wenn nur sehr knapp, im Bericht der Rehaklinik AM._____ vom 17.10.2019 erwähnt.

Ferner sind die Thoraxschmerzen rechts bei St. n. Osteosynthese von 3 Rippenfrakturen bekannt und aktenkundig. Deswegen fand am 09.04.2019 auch eine Untersuchung in der Schmerzprechstunde der Klinik für Anästhesiologie vom I._____ Spital statt. Schmerzen in dieser Art sind nach Rippenfrakturen bekannt, auch wenn aktuell hier keine fassbaren strukturellen Ursachen festgestellt werden können.

Laut SUVA Tabelle 1 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) wäre bei einer Einschränkung der Schulterbeweglichkeit - bis zur Horizontalen beweglich - ein Integritätsschaden von 15% vorgesehen.

Auf der anderen Seite muss gesagt werden, dass im Bereich der rechten Schulter durch den Unfall selbst keine direkte strukturelle Verletzung eingetreten ist. Die Frozen Shoulder ist quasi indirekt durch die Schonung entstanden, wäre grundsätzlich auch potentiell behandelbar (auch wenn die Reha Hindernisse im konkreten Fall mgl. dazu beitragen, dass der Therapieerfolg gering bleiben oder ausbleiben wird).

Im Quervergleich kann auch die SUVA Tabelle 5.2. (Integritätsschaden bei Arthrosen) beigezogen werden. Bei einer schweren AC-Arthrose (liegt hier nicht vor) würde ein Integritätsschaden von 5-10% resultieren. Ein Integritätsschaden von 15% würde in dieser Tabelle im Bereich einer schweren Omarthrose (glenohumeral), 10-25%, liegen.

In Abwägung dieser Fakten erscheint funktionell (und bei schlechter Therapieprognose) ein Integritätsschaden zwar gegeben, bei fehlender strukturellen Unfall-

schädigung im Quervergleich zu Tabelle 5.2. aber nicht im vollen Ausmass wie formaleiner Einschränkung bis zur Horizontalen gemäss Tabelle 1 entsprechend.

Folglich erachten wir einen Integritätsschaden für die Schulter von 10% für angemessen. Darin inkludiert sind die funktionellen Auswirkungen der beklagten Schmerzen im Bereich der stattgehabten Rippenfrakturen (die u.E. wesentlich zur funktionellen Einschränkung der Frozen Shoulder geführt haben).

Den gesamten Integritätsschaden veranschlagten die Gutachter auf 20%, da aufgrund der zwei völlig unterschiedlichen betroffenen körperlichen Funktionen und Regionen von einer additiven Wirkung auszugehen sei.

4.1 Mit Verfügung vom 22. Januar 2021 hielt die Suva fest, sie komme auf ihr Schreiben vom 29. Oktober 2019 zurück, welches auch mit Blick auf das interdisziplinäre Gutachten weiterhin Gültigkeit habe und entsprechend sei an dem im Juli 2019 bestätigten medizinischen Endzustand festzuhalten; entgegenkommenderweise würden die Versicherungsleistungen per 30. November 2019 eingestellt. Die medizinischen und erwerblichen Abklärungen hätten ergeben, dass die angestammte Tätigkeit als Unterhaltsreinigerin nicht mehr uneingeschränkt zumutbar sei:

Aus rein Unfallkausaler Sicht sind wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeiten weiterhin möglich, bei welchen ab und zu aufgestanden und etwas umhergegangen werden kann. Dabei ist überdies zu beachten, dass ein zusätzliches Bücken oder Anheben von Gewichten (maximale Gewichtsbelastung 10 kg unter Beachtung ergonomischer Gesichtspunkte) zu vermeiden ist. Auch können keine Arbeiten mehr verrichtet werden, welche eine Elevation und/oder eine Abduktion des rechten Armes bedingen. Des Weiteren sind Arbeiten mit dem rechten Arm fernab der Körperachse, insbesondere unter Gewichtsbelastung, nicht mehr zumutbar.

Neben organisch bedingten Unfallfolgen beeinträchtigten psychogene Störungen die Erwerbsfähigkeit. Aufgrund der vorhandenen Unterlagen würden die psychogenen Störungen nicht in einem adäquat-kausalen Zusammenhang mit dem erlittenen Ereignis stehen, weshalb diesbezügliche Leistungen entfielen.

Weiter stellte die Suva fest, die Beschwerdeführerin könne ohne Unfallfolgen ein Valideneinkommen von Fr. 44'916.00 erzielen. Mit den unfallbedingten Einschränkungen sei unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10% ein durchschnittliches Jahreseinkommen von Fr. 49'656.-- erzielbar. Dies basierend auf einem Tabellenlohn LSE TA1 2018, Kompetenzniveau 1, Frauen, von Fr. 4'371.--, hochgerechnet (40h Basis auf 41.7 Wochenstunden; + Nominallohnentwicklung 2019 0.9%) = Fr. 55'173.35 abzüglich 10% leidensbedingter Abzug = Fr. 49'656.-- (vgl. Berechnung Suva-act. 392-3/5). Damit verneinte die Suva einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

Die Integritätseinbusse setzte sie gestützt auf die ärztliche Beurteilung auf 20% fest, was eine Integritätsentschädigung von Fr. 29'640.-- ergab (Unfall vom 3.10.2017, Jahresverdienst Fr. 148'200.--; zum Ganzen Suva-act. 392).

4.2 Am 27. Januar 2021 liess die Beschwerdeführerin Einsprache erheben und eine Integritätsentschädigung von 40% sowie eine Rente unter Berücksichtigung der psychischen Unfallfolgen beantragen. Der Unfall sei adäquat auch für psychische Unfallfolgen. Mit der körperlichen Integritätsentschädigung von 20% bestehe eine besonders schwere erlittene körperliche Verletzung und die ärztliche Behandlung habe ungewöhnlich lange gedauert. Die Dauer der medizinischen Behandlung indiziere einen schwierigen Heilverlauf. Damit seien mehrere Adäquanzkriterien erfüllt; die Adäquanz für diesen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen sei daher auch für psychische Unfallfolgen zu bejahen. Hinzu komme, dass psychische Unfallfolgen eine sorgfältige medizinische Abklärung erheischen; diese sei bislang unterlassen worden (Suva-act. 395).

4.3 Diese Einsprache wurde mit dem vorliegend angefochtenen Entscheid vom 21. Juli 2021 abgewiesen. Aufgrund der kurz gehaltenen Einsprache vom 27. Januar 2021 würden sich die Einwendungen der Versicherten auf die Ablehnung der Suva in Bezug auf den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 3. Oktober 2017 konzentrieren; eine andere Begründung könne der Einsprache nicht entnommen werden, insbesondere auch nicht im Zusammenhang mit der beantragten Integritätsentschädigung von 40%. Nicht angefochten seien demnach der Fallabschlusszeitpunkt und die Invaliditätsbemessung sowie die Festsetzung der Integritätsentschädigung allein aufgrund der somatischen Unfallfolgen (Erw. 1). Ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf sei der zu beurteilende Unfall mit Frontalkollision zweier Personenwagen mit je ca. 40 km/h, ansonsten ohne besondere Umstände, als mittelschwer, weder im Grenzbereich zu schweren noch leichten Unfällen, einzuteilen, sodass mindestens drei der sieben unfallbezogenen Kriterien erfüllt sein müssten oder eines besonders ausgeprägt (Erw. 5). In der Folge hält die Suva sinngemäss fest (Erw. 6 ff.), es könne offenbleiben, ob das gemäss Aktenlage schwierig einzuschätzende Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen erfüllt sei, weil solche Dauerschmerzen zumindest nicht ausgeprägt vorliegen würden und dieses Kriterium ohnehin nicht genügen würde, um einen adäquat-kausalen Zusammenhang zu begründen (Erw. 9); die übrigen Kriterien erachtet die Suva als nicht erfüllt (Erw. 6-8, 10-12). Die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang dürfe praxisgemäss offenbleiben, wenn die Adäquanz, wie im vorliegenden Fall, zum vornherein zu verneinen sei (Erw. 13, S. 6). Weitere Abklärungen

gen in Bezug auf die psychischen Beschwerden hätten sich erübrigt (Erw. 13, S. 7).

4.4 Vor Verwaltungsgericht lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, der Fallabschluss sei verfrüht. Die Invalidenversicherung habe ihre Eingliederungsmassnahmen noch nicht abgeschlossen, ergo sei die Rentenprüfung noch nicht zulässig. Nichts daran ändere eine allfällige Verneinung der Psychoadäquanz: die Überwindbarkeitspraxis finde auf den Taggeldanspruch keine Anwendung (S. 4, Ziff. 6.1). Selbst wenn der Fallabschluss zulässig wäre, verfange der Einspracheentscheid nicht. Die Suva habe die psychische Komponente der Unfallfolgen nicht abgeklärt. Auch die Suva sei zuerst davon ausgegangen, dass die psychischen Unfallfolgen medizinisch geklärt werden müssten. In der Verfügung vom 10. Dezember 2019 habe sie den adäquat kausalen Zusammenhang betreffend psychogene Beschwerden noch verneint. Am 26. März 2020 habe sie diese Verfügung aber vollumfänglich zurückgenommen, weshalb die Adäquanz psychischer Unfallfolgen derzeit weder bezüglich Integritätsentschädigung noch Rente beurteilt sei (S. 4 f., Ziff. 6.2). Die Gutachter hätten die Fragestellung nach der natürlichen Kausalität allfälliger psychogener Beschwerden nicht beurteilt bzw. die Suva habe diese Fachdisziplin nicht abgeklärt. Allerdings gehe die Beschwerdeführerin nach wie vor einmal pro Woche in die Psychotherapie, was auf psychische Unfallfolgen schliessen lasse, was auch mit versicherungsmedizinischen Erkenntnissen korreliere. Die Gutachter hätten die Notwendigkeit einer psychiatrischen Abklärung betont (S. 6, Ziff. 6.2). Die Adäquanzprüfung nach erlittenem HWS-Distorsionstrauma oder einer äquivalenten Verletzung setze ein versicherungsexternes polydisziplinäres Gutachten voraus. Es widerspreche sodann Treu und Glauben, wenn die Suva zunächst ihre Verfügung mit Verneinung der Psychoadäquanz integral zurücknehme und stattdessen die Gutachter explizit auch nach psychischen Unfallfolgen frage, nun plötzlich aber solche mit dem Verweis auf angeblich fehlende Adäquanz nicht mehr abgeklärt wissen wolle (S. 8, Ziff. 6.2). Zudem könnte die Adäquanz nicht "a priori" ohne fundierte psychiatrische Abklärung "tel quel" verneint werden: Der Unfall sei im Bereich eines mittelschweren anzusiedeln; er sei bald vier Jahre her, die Heilbehandlung dauere an, der Heilverlauf sei damit massiv verzögert; es persistiere eine somatische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, die Schmerzproblematik dauere an; trotz Bemühungen auch der Invaliden- und Haftpflichtversicherung sei eine Wiedereingliederung bis heute nicht gelungen, auch privat persistierten erhebliche Einschränkungen; es bestünden körperliche Dauerschmerzen, daran ändere eine allfällige psychische Fehlverarbeitung nichts, zumal wenn diese indirekt unfallkausal sei, was abzuklären sei; mit der Integritätsentschädigung von 20% bestünden erhebliche körperliche Beschwerden, was

das Adäquanzkriterium der "Schwere oder besonderen Art der Verletzung" in ausgeprägter Form erfülle; auch die Suva attestiere eine schwere körperliche Verletzung. Für die Beurteilung der Adäquanz sei auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen, wozu auch jene Versicherten gehörten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger seien und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften würden als Gesunde (S. 8 f., Ziff. 6.2).

Abschliessend beantragt die Beschwerdeführerin eine ergänzende psychiatrisch-psychologische Teilbegutachtung im G. _____ im Rahmen eines Gerichtsgutachtens und schlägt eine Gutachterin vor; bei einem für die Beschwerdeführerin positiven Gerichtsgutachten habe die Suva entsprechende Leistungen für die unfallbedingten psychogenen Störungen auszurichten, insbesondere eine Integritätsentschädigung von zusätzlich 20% sowie eine ganze Rente; eventualiter sei die Sache zurückzuweisen, namentlich damit die Suva "diese psychischen Unfallspekte" ergänzend gutachterlich abkläre und danach neu über den psychisch bedingten Anspruch auf eine Integritätsentschädigung und Rente entscheide (S. 10, Ziff. 6.2).

4.5 Vernehmlassend lässt die Suva festhalten, die Beschwerdeführerin habe mit Antrag Ziff. 3.1 eine ganze Rente beantragt; eine solche gebe es nur bei der Invalidenversicherung, weshalb auf diesen Antrag a priori nicht eingetreten werden könne. In der angefochtenen Verfügung vom 22. Januar 2021 sei betont worden, dass an dem im Juli 2019 bestätigten medizinischen Endzustand festzuhalten sei. In der Einsprache vom 27. Januar 2021 sei dieser Fallabschluss nicht angefochten worden. Diesbezüglich sei die Verfügung in Rechtskraft erwachsen. Der Hinweis, die Invalidenversicherung nehme noch Eingliederungsmassnahmen vor, ändere zudem nichts an der Tatsache, dass der medizinische Endzustand eingetreten sei. Ein Anspruch auf weitere Ausrichtung von Taggeldern scheide somit a priori aus.

Die psychischen Beeinträchtigungen müssten von der Suva nicht weiter abgeklärt werden, erst Recht nicht im Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens. Richtig sei, dass die Gutachter des G. _____ betont hätten, psychogene Aspekte seien ausdrücklich nicht Begutachtungsgegenstand. Die Suva habe korrekterweise eine Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs der psychogenen Beschwerden zum Unfallereignis vorgenommen und diesen verneinen müssen; der natürliche Kausalzusammenhang habe bei dieser Ausgangslage offenbleiben dürfen. Die Gutachter hätten nicht betont, dass ein psychiatrisches Gutachten unbedingt noch erfolgen sollte (S. 4).

Es bestehe Übereinstimmung der Suva mit der Beschwerdeführerin, dass ein mittelschwerer Unfall vorliege. Der medizinische Endzustand sei längst erreicht;

die somatisch bedingte Behandlung habe im Jahre 2019 abgeschlossen werden können. Zutreffend habe die Suva betont, dass die Beschwerdeführerin das Fehlen einer somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit in ihrer Einsprache vom 27. Januar 2021 nicht angefochten habe und andererseits seit Erreichen des Medizinischen Endzustands in einer leidensangepassten Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Dass weiterhin psychische Beschwerden vorliegen, sei für dieses Kriterium nicht relevant. Dass die Beschwerdeführerin auch privat Einschränkungen habe, könne der UVG-Versicherer im Rahmen der Adäquanzprüfung nicht berücksichtigen. Dass heute psychische Beeinträchtigungen vorlägen und somit eine psychische Fehlverarbeitung vorhanden sei, habe nichts mit dem Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen zu tun (S. 5 f.).

Es sei der Beschwerdeführerin zuzustimmen, dass die Zusprache einer Integritätsentschädigung in der Höhe von 20% eine dauernde, erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen und psychischen Integrität voraussetze. Die Prüfung des diesbezüglichen Anspruchs habe aber keinen direkten Zusammenhang mit der Frage, ob eine versicherte Person schwere oder eine besondere Art von Verletzungen erlitten habe. Vielmehr stelle sich die Frage, ob die erlittenen Verletzungen erfahrungsgemäss geeignet seien, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, was vorliegend selbst die Beschwerdeführerin nicht geltend mache.

Es erweise sich a priori als nicht stichhaltig, wenn die Beschwerdeführerin von psychischer Arbeitsunfähigkeit mit Rentenanspruch spreche; ebensowenig bestehe ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung für die psychischen Beschwerden. Auf die Gutachtenvorschläge müsse nicht eingegangen werden. Das Gericht könne ohne Weiterungen des Verfahrens die Beschwerde vollumfänglich abweisen.

4.6 Replizierend lässt die Beschwerdeführerin festhalten, die Einsprache vom 27. Januar 2021 habe sich gegen die ganze Verfügung gerichtet. Es existiere keine Teilrechtskraft, auch nicht hinsichtlich des Fallabschlusses. Das Einspracheverfahren schliesse eine Teilrechtskraft der Verfügung aus, soweit sie nicht unangefochten geblieben sei. Nicht ersichtlich sei dementsprechend, weshalb ein Anspruch auf weitere Ausrichtung von Taggeldern a priori ausscheiden solle. Der Fallabschluss sei verfrüht (S. 3). Das Bundesgericht habe entschieden, wenn aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung feststehe, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat sei, könne die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwar offengelassen werden. Anders verhalte es sich in jenen Fällen, in denen der Sachverhalt für die korrekte Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt sei, wozu der vorliegende Fall zähle, in welchem mit einer Integritätsentschädigung von 20% auch körperliche Langzeitfolgen per-

sistierten. Vor einem Adäquanzentscheid seien somit die sich in tatsächlicher Hinsicht stellenden Fragen in Bezug auf die Natur der Gesundheitsbeeinträchtigung (diagnostisch, invalidisierender Charakter) und ihres natürlichen Kausalzusammenhangs zum Unfall mittels psychiatrischem Gutachten zu klären. Dies gelte umso mehr, als die psychische Ebene (Schmerzstörung) hier sehr eng mit der körperlichen Verletzung verknüpft sei. Schon der Austrittsbericht der Rehaklinik AM._____ vom September 2019 habe ein chronisches Schmerzsyndrom erwähnt. Die chronischen Schmerzen seien Folge der LWK-Fraktur bei Polytrauma mit schwerer Mehrfachverletzung. Allein diese hätten zur Erhöhung der Integritätsentschädigung um 5% auf 20% geführt. Die Wirbelkörper seien in Fehlstellung verheilt, was zu Dauerschmerzen sogar in Ruhe führe (S. 4). Es stehe fest, dass die Schmerzen zu einem erheblichen Teil auch somatischen Ursprungs seien und es gehe insofern nicht um eine reine Psychoadäquanz. Umso mehr sei es erforderlich, dass die psychische Ebene gutachterlich geklärt werde, bevor die Adäquanz beurteilt werde (S. 5).

5. Das G._____-Gutachten vom 22. Dezember 2020 erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. oben Erw. 2.8.1 ff.), insbesondere ist es für die streitigen Belange grundsätzlich umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Gegenteiliges wird von der Beschwerdeführerin nicht, jedenfalls nicht substantiiert geltend gemacht. Zur beschwerdeführerischen Kritik bzw. der Frage, ob sich im Rahmen des von der Suva eingeholten polydisziplinären Gutachtens auch eine psychiatrische Abklärung aufgedrängt hätte, ist zurückzukommen (vgl. unten Erw. 7.1 ff.). Was den im Zusammenhang mit dem Vorwurf des Verstosses gegen Treu und Glauben zu sehenden Einwand anbelangt, die Suva sei zunächst davon ausgegangen, die psychischen Unfallfolgen müssten medizinisch abgeklärt werden, habe die Gutachter explizit auch nach psychischen Unfallfolgen gefragt, ein psychiatrischer Gutachter sei indessen nicht involviert gewesen, ist vorab festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen des rechtlichen Gehörs weder zur Gutachterstelle, noch zu den Gutachterpersonen und auch nicht zum Fragenkatalog opponierte bzw. sich mit dem Vorgehen ausdrücklich "einverstanden" zeigte (vgl. oben Erw. 3.33).

6.1 Die Beschwerdeführerin moniert einen verfrühten Fallabschluss.

6.2.1 Die Suva stellt sich (derweil) auf den Standpunkt, der Zeitpunkt des Fallabschlusses sei von der damaligen Einsprecherin nicht angefochten worden, die

Verfügung sei diesbezüglich in Rechtskraft erwachsen. Dem kann nicht gefolgt werden.

6.2.2 Der Unfallversicherer hat - sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - Leistungen nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (vgl. Urteil BGer 8C_776/2016 vom 23.5.2017 Erw. 5.1.1 mit Hinweis auf BGE 134 V 109). Folglich hängen die Einstellung der vorübergehenden Leistungen und der Fallabschluss mit der Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung derart eng zusammen, dass von einem einheitlichen Streitgegenstand auszugehen ist (Urteil BGer 8C_170/2015 vom 29.9.2015 Erw. 4.2). Ist der Rentenanspruch streitig, so kann die Frage, ob der Fallabschluss korrekt erfolgt ist, nicht gesondert in Rechtskraft erwachsen, weil das Entstehen des Anspruchs auf eine Rente der Unfallversicherung unter anderem auch vom Zeitpunkt des Eintritts des medizinisch-therapeutischen Endzustandes abhängig ist (Urteil BGer 8C_43/2017 vom 1.6.2017 Erw. 2.3.2). Mit Blick auf das von Art. 19 Abs. 1 UVG vorgegebene Zusammenfallen der Einstellung von vorübergehenden Leistungen und der Prüfung (und gegebenenfalls Festlegung) der Rente kann entsprechend bezüglich Einstellung der Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen einerseits und der Rentenfrage andererseits nicht von zwei unterschiedlichen Streitgegenständen ausgegangen werden (BGE 144 V 354 Erw. 4.2; Urteil SVG-ZH UV.2020.00278 vom 19.3.2021 Erw. 3.2).

6.2.3 Der streitige Rechtsanspruch unterlag und unterliegt damit insgesamt, namentlich auch hinsichtlich der Frage, ob ein solcher überhaupt schon entstehen konnte, der vorinstanzlichen und vorliegend gerichtlichen Überprüfung (vgl. Urteil BGer 8C_43/2017 vom 1.6.2017 Erw. 2.3.3 [A. vs. Suva]).

6.3 Die Suva erkannte, der medizinische Endzustand sei per Ende Juli 2019 erreicht. Die G. _____-Gutachter erkannten in Ihrer Konsensbeurteilung, in Bezug auf die Behandlungsnotwendigkeit aus unfallkausaler Sicht, dass aktuell somatische Behandlungsmassnahmen mit Aussicht auf relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit resp. des möglichen Belastungsprofils nicht genannt werden könnten. Anders als die beschwerdeführende Partei im oberwähnten Bundesgerichtsurteil 8C_43/2017 vom 1. Juni 2017 brachte und bringt die Beschwerdeführerin - weder im Einsprache- noch im vorliegenden gerichtlichen Verfahren - kei-

ne Einwände, jedenfalls keine substantiierten, gegen diese gutachterlichen Feststellungen vor. Es erweist sich damit als unbestritten, dass ab August 2019 von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine rechtserhebliche namhafte Besserung des somatischen Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war (betr. psychische Leiden und Fallabschluss vgl. unten Erw. 7.1 ff.).

6.4.1 Die Beschwerdeführerin begründet ihre Rüge des verfrühten Fallabschlusses derweil mit dem Vorbringen, dass die Invalidenversicherung ihre Eingliederungsmassnahmen noch nicht abgeschlossen habe, eine Rentenprüfung ergo noch nicht zulässig sei und die Suva einstweilen weiter Taggeld auszurichten habe.

6.4.2 Ist der medizinisch-therapeutische Endzustand erreicht, ohne dass Eingliederungsmassnahmen im Gang sind oder geprüft werden, endet das Taggeld (und grundsätzlich auch der Heilbehandlungsanspruch [vgl. BSK UVG-Flückiger, Art. 19 N 30 ff.]) mit dem Abschluss der auf eine namhafte Besserung ausgerichteten ärztlichen Behandlung. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherte keinen Anspruch auf eine Rente hat (BSK UVG-Flückiger, Art. 19 N 27).

6.4.3 Wenn der medizinisch-therapeutische Endzustand erreicht ist, aber noch nicht über unfallbedingte Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung entschieden wurde, kann das Invalideneinkommen noch nicht definitiv ermittelt werden. Es ist die Ausrichtung einer Übergangsrrente zu prüfen (Art. 30 UVV). Diese soll Lücken zwischen dem Zeitpunkt des Erreichens des Endzustands und dem Beginn der Eingliederungsmassnahmen schliessen (soweit die Invalidenversicherung keine Wartetagelder nach Art. 18 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] vom 17.1.1961 ausrichtet). Der Invaliditätsgrad muss nach der Methode des Einkommensvergleichs ermittelt werden, wobei als Invalideneinkommen dasjenige Einkommen anzunehmen ist, dessen Erzielung der noch nicht eingegliederten versicherten Person unter Berücksichtigung eines ausgeglichenen Arbeitsmarkts vernünftigerweise noch zugemutet werden kann und nicht dasjenige Einkommen, das sie in der angestammten Tätigkeit noch erzielen kann (BGE 116 V 246 Erw. 3a; Urteil BGer 8C_347/2014 vom 15.10.2014 Erw. 4.2.2) (OFK/UVG/KVG-Gehring, UVG Art. 19 N 7).

Sind Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung im Gang oder stehen sie bevor, hat die versicherte Person Anspruch auf ein entsprechendes Taggeld der IV (Art. 22 ff. des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959). Dieses - auch ein Wartezeittaggeld - geht dem UVG-Taggeld vor (vgl. Art. 16 Abs. 3 UVG; BSK UVG-Flückiger, Art. 19 N 28).

6.4.4 Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung bzw. die Prüfung solcher waren nach Lage der Akten soweit ersichtlich im Zeitpunkt der Verfügung per 22. Januar 2021 ebenso wenig wie beim Erlass des Einspracheentscheides der Suva am 21. Juli 2021 im Gange bzw. geplant. Gemäss Beschwerdeführerin jedoch "hat [die Invalidenversicherung] ihre Eingliederungsmassnahmen noch nicht abgeschlossen" (vgl. Suva-act. 249 Ziff. 1 S. 4). Ob sie damit zum Ausdruck bringen möchte, dass solche Massnahmen derzeit Laufen oder ob solche geplant sind oder ob solche geprüft werden, erhellt auch aufgrund fehlender weiterer Ausführungen nicht von vornherein. Die Beschwerdeführerin untermauert ihr Vorbringen weder in zeitlicher noch qualitativer Hinsicht: Sie macht namentlich weder geltend, wann die Eingliederungsmassnahmen gestartet/geplant waren/sind, noch um welche Eingliederungsmassnahmen es sich dabei handelt. Aus den Akten geht aber immerhin hervor, dass die zuständige IV-Stelle 2018 die Einleitung von Massnahmen abgelehnt hatte mit der Begründung, es bestehe keine Möglichkeit für eine frühzeitige Intervention, da es der Beschwerdeführerin an einer Ausbildung, an Sprachfähigkeit und auch am notwendigen Willen fehle (Suva-act. 137). Es wird seitens Beschwerdeführerin jedenfalls auch nicht geltend gemacht, und es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass durch allfällige bzw. die behaupteten Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung von der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden könnte. Hervorzuheben ist dabei, dass nach Rechtsprechung und Lehre das Ergebnis solcher Massnahmen nur abzuwarten ist, wenn sie Unfallfolgen betreffen und auch geeignet sind, den erwähnten der Invalidenrente der Unfallversicherung zugrunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. BSK UVG-Flückiger, Art. 19 N 18 m.w.H).

Eine Übergangsrente war daher nicht zu sprechen (vgl. Urteil BGer 8C_423/2008 vom 10.7.2009 Erw. 5.4; VGE I 2012 101 Erw. 5.3), was im Übrigen auch nicht geltend gemacht wird. Bei dieser Ausgangslage darf in willkürfreier antizipierter Beweiswürdigung auch auf die beantragte Edition der Akten der Invalidenversicherung (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 6.1 i.f.) verzichtet werden. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt damit jedenfalls nicht vor, zumal die bewaltete Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht (vgl. Art. 28 ATSG) Aktenstücke mit sich möglicherweise zeitigenden Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad ohne Weiteres auch selber hätte beibringen können. Abgesehen davon wäre, interpretierte man die Ausführung, wonach die Invalidenversicherung ihre Eingliederungsmassnahme noch nicht abgeschlossen habe, dahingehend, dass diese Massnahmen im Zeitpunkt des Fallabschlusses bzw. beim Erlass des Einspracheentscheides der Suva im Gang waren oder bevorstanden, die Invali-

denversicherung (vorrangig) taggeldleistungspflichtig und nicht die Unfallversicherung, weshalb der Antrag Ziff. 2 (wonach einstweilen weiter Taggeld auszurichten ist, bis die Invalidenversicherung die Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen habe) von vornherein nicht verfangen kann und er auch aus diesem Grund abzuweisen ist.

7.1 Die Beschwerdeführerin rügt ferner für den Fall, dass der Fallabschluss zulässig ist, die Suva habe die psychische Komponente der Unfallfolgen nicht abgeklärt, was zur Beurteilung der psychischen Unfalladäquanz aber nötig sei. Die Beurteilung der Adäquanz psychischer Unfallfolgen bedinge eine vollständige und richtige Sachverhaltsabklärung. Ohne psychiatrische Abklärung könne die Adäquanz nicht tel quel verneint werden.

7.2 Praxisgemäss kann die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und dem Unfall besteht, bei Verneinung der adäquaten Kausalität offengelassen werden (BGE 135 V 465 Erw. 5.1 mit Hinweisen; Urteil BGer 8C_438/2020 vom 22.12.2020 Erw. 4.1). Nicht zulässig ist nach der Rechtsprechung demgegenüber, den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen allfälligen psychischen Beschwerden und einem Unfallereignis zu bejahen, bevor die sich in tatsächlicher Hinsicht stellenden Fragen bezüglich der Natur der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und des natürlichen Kausalzusammenhangs mittels einer psychiatrischen Begutachtung geklärt sind (BGE 147 V 207 Erw. 6.1; Urteile BGer 8C_192/2018 vom 12.3.2019 Erw. 6 und 8C_685/2015 vom 13.9.2016 Erw. 4.2, in: SVR 2017 UV Nr. 4 S. 11). Ein solches Vorgehen wäre zunächst widersprüchlich, weil die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG voraussetzt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ohne verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen, welche sich über das Vorliegen psychischer Beschwerden, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie den natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis äussern, kann aus rechtlicher Sicht nicht darauf geschlossen werden, einem Unfallereignis komme für die Entstehung einer psychisch bedingten Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zu. Zudem wäre die vorhergehende Anerkennung eines adäquaten Kausalzusammenhangs allenfalls geeignet, den psychiatrischen Experten - ob bewusst oder unbewusst - in seiner Einschätzung zu beeinflussen und dadurch das Ergebnis einer im Nachhinein vorgenommenen medizinischen Beurteilung zu verzerren (BGE 147 V 207 Erw. 6.1; Urteile BGer 8C_192/2018 vom 12.3.2019 Erw. 6 und 8C_685/2015 vom 13.9.2016 Erw. 4.2).

7.3 Die im G. _____-Gutachten gemäss Art. 44 ATSG (vgl. oben Erw. 2.8.2; 3.34.1) gestellten Diagnosen und deren Unfallkausalität sind zwischen den Parteien unbestritten. Strittig ist, ob auch die geltend gemachten psychischen Beschwerden Unfallfolgen darstellen, wobei hinzuweisen ist, dass "psychogene Aspekte ausdrücklich nicht" Begutachtungsgegenstand darstellten und die Gutachter festhielten, dass diese allenfalls psychiatrisch begutachtet werden müssten (vgl. oben Erw. 3.34.2; 4.5).

7.4 Es wird zu Recht nicht, jedenfalls nicht substantiiert, bestritten, dass vorliegend nicht die Schleudertrauma-Praxis, sondern die Praxis bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (Psychopraxis) zur Anwendung gelangt (vgl. BGE 134 V 109; vgl. immerhin Beschwerde S. 8, wonach die Adäquanzprüfung "nach erlittenem HWS-Distorsionstrauma oder einer äquivalenten Verletzung" ein polydisziplinäres Gutachten voraussetze, ohne allerdings zu begründen, inwiefern die Beschwerdeführerin eine Verletzung erlitt, die die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigen würde). Bei der sogenannten Psychopraxis (BGE 115 V 133) stellen noch behandlungsbedürftige psychische Leiden (vgl. Gutachten S. 9 [Suva-act. 382-9/68] sowie Beschwerde S. 6, wonach die Beschwerdeführerin einmal pro Woche in die Psychotherapie gehe) keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses dar, da die psychischen Beeinträchtigungen für die Beurteilung der Adäquanz bei der Psychopraxis unberücksichtigt bleiben (vgl. Urteil BGer 8C_103/2019 vom 16.4.2019 Erw. 4.1).

7.5.1 Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Die Unfallschwere ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können; solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (BGE 140 V 356 Erw. 5.1; Urteil BGer 8C_176/2018 vom 27.9.2018 Erw. 10.1). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 115 V 133 Erw. 6; SVR 2013 UV Nr. 3, S. 7, 8C_398/2012 Erw. 5).

7.5.2 In Anwendung der Psychopraxis (BGE 115 V 133) gelangte die Suva zum Schluss, das Unfallereignis vom 3. Oktober 2017 stelle einen mittelschweren Unfall, weder im Grenzbereich zu schweren noch im Grenzbereich zu leichten Un-

fällen, dar. Sinngemäss habe sich die Frontalkollision von zwei Personenwagen mit je ca. 40 km/h ohne besondere Umstände abgespielt. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin in der Einsprache, der Unfall sei als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren einzustufen, entbehre jeder Grundlage. Vor Verwaltungsgericht bestreitet die Beschwerdeführerin die von der Suva vorgenommene Qualifikation des Unfalls als mittelschwer im engeren Sinne nicht mehr explizit und lässt sich dahingehend vernehmen, der Unfall sei im Bereich eines mittelschweren Unfalls anzusiedeln (allerdings ohne dabei weiter auszuführen, ob im engeren Sinne oder im Grenzbereich zu leicht oder schwer; vgl. Beschwerde S. 8 unten).

7.5.3 Als mittelschwere Unfälle im engeren Sinne werden in der Praxis etwa Ereignisse eingestuft, bei welchen das Fahrzeug mit der versicherten Person: ins Schleudern geriet, von der Strasse abkam, sich über eine Grasböschung seitlich überschlug und auf dem Dach zum Stillstand kam; bei einem Überholmanöver mit ca. 100 km/h abrupt abgebremst wurde, dabei ins Schleudern geriet, gegen einen Strassenwall prallte, sich überschlug und auf der Fahrerseite zu liegen kam; einen Lastwagen beim Überholen touchierte und sich überschlug; von der Strasse abkam und sich überschlug; auf der Autobahn in einer Kurve ins Schleudern geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam; sich bei einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h auf einer Autobahn über eine Mittelleitplanke hinweg überschlug - wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde - und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam; mit einer Fahrgeschwindigkeit von 110 km/h auf den Fahrstreifen für den Gegenverkehr, dann auf das linksseitige Strassenbankett und schliesslich in den Strassengraben geriet, wobei es sich mehrere Male überschlug; frontal mit einem anderen Personenwagen kollidierte, wobei die Geschwindigkeit des unfallverursachenden Personenwagens 30 bis 40 km/h betrug und diejenige des beteiligten Fahrzeugs auf etwa 70 bis 80 km/h geschätzt wurde; bei einer Fahrgeschwindigkeit von ca. 80 km/h mit einem Drahtgitterzaun abseits der Strasse kollidierte, sich seitlich überschlug und auf dem Dach liegend im angrenzenden Wiesland zum Stillstand kam; mit einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h frontal in einen stehenden Personenwagen prallte; auf der Autobahn mit ca. 130 km/h wegen des Platzens eines Reifens ins Schleudern geriet, sich um die eigene Achse drehte, wobei es einen Schutzzaun durchbrach und anschliessend nach der Überquerung mehrerer Wassergräben auf einem Acker neben der Fahrbahn zum Stehen kam; ungebremst mit etwa 100 km/h in ein mit ca. 80 km/h fahrendes, noch ein Abbrems- und Ausweichmanöver einleitendes Auto stiess. Gleich eingestuft wurde ein Unfall, bei welchem die versicherte Person mit ihrem Personenwagen auf einer deutschen Autobahn auf der Überholspur fuhr, als ein vor ihr

fahrendes Auto plötzlich von der rechten auf die linke Spur ausscherte, worauf die versicherte Person bremste und ihr Auto nach rechts schlitterte, sich mehrfach drehte und gegen die rechte Leitplanke prallte (vgl. Praxisübersicht in SVR 2013 UV Nr. 3 Erw. 5.2.2) sowie eine Kollision eines Personenwagens auf der Autobahn mit einem LKW bei einem Fahrbahnwechsel, woraufhin der PKW in Schleudern geriet und mit weiteren PKWs sowie nochmals mit dem LKW kollidierte (vgl. Urteile BGer 8C_101/2020 vom 9.6.2020 Erw. 3, 8C_627/2019 vom 10.3.2020 Erw. 5.3.3, 8C_212/2019 vom 21.8.2019 Erw. 4.2.2, je mit weiteren Hinweisen; VGE I 2015 109 vom 18.5.2016 Erw. 5.4.1).

Als Unfall mit der von der Versicherten noch im Einspracheverfahren postulierten Schwere hat die Praxis etwa die Kollision eines Lastwagens mit einem Personenwagen auf der Autobahn eingestuft, wobei dieser dann zuerst mit der rechten, anschliessend mit der linken Tunnelwand kollidierte und die Windschutzscheibe durch heftigen Kopfanprall barst. Gleich eingereicht wurde ein Unfall, bei dem der Versicherte mit einem Personenwagen auf der Überholspur der Autobahn fuhr und bei einer Geschwindigkeit von etwa 130 km/h plötzlich ins Schleudern geriet, die Normalspur und den Pannestreifen überquerte und mit der Böschung kollidierte, wobei sich das Fahrzeug überschlug. Der Personenwagen wurde auf die Überholspur zurückgeschleudert und kam auf den Rädern stehend zum Stillstand. Beim Überschlagen wurde der Beifahrer aus dem Dachfenster auf die Böschung geschleudert. Der Versicherte konnte das Fahrzeug nicht mehr eigenständig verlassen (vgl. zum Ganzen Urteil BGer 8C_398/2012 vom 6.11.2012 Erw. 5.2.1).

7.5.4 In Berücksichtigung der dargelegten Rechtsprechung ist es nicht zu beanstanden, dass die Suva das Unfallereignis, Frontalkollision von zwei Personenwagen mit je ca. 40 km/h (bzw. 40 km/h und 50 km/h, vgl. oben Erw. 3.1.3) ohne besondere Umstände, als mittelschwer im engeren Sinn - und nicht als mittelschwer im Grenzbereich zu schwer - qualifiziert hat. Dies verdeutlicht sich im Übrigen auch angesichts der aktenkundigen Fotodokumentation des Unfallplatzes (vgl. Suva-act. 80-34 ff./40).

7.6 Während die Adäquanz bei leichten Unfällen in der Regel verneint und bei schweren Unfällen regelmässig bejaht werden kann (BGE 115 V 133 Erw. 6a), lässt sich diese Frage bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfalls allein beantworten. Daher sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Solche - unfallbezogenen - Umstände können als Beurteilungskriterien dienen, weil sie ihrerseits nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebens-

erfahrung geeignet sind, in Verbindung mit dem Unfall zu einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu führen oder diese zu verstärken.

Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (zum Ganzen: BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa; Urteil BGer 8C_627/2019 vom 10.3.2020 Erw. 5.4):

- 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, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Bei der gegebenen Unfallschwere könnte die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien in einfacher Form erfüllt wären oder eines besonders ausgeprägt vorläge (Urteil BGer 8C_488/2017 vom 27.11.2017 Erw. 6.4 m.H. u.a. auf BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa S. 140). Rechtssprechungsgemäss sind Adäquanzkriterien dabei nur mit grosser Zurückhaltung als ausgeprägt erfüllt zu anerkennen (Urteil BGer 8C_131/2021 vom 2.8.2021 Erw. 6.4.1).

7.7 Die Vorinstanz beurteilt keines der Kriterien als erfüllt und hält fest, ob das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen erfüllt sei, könne offenbleiben, weil solche Dauerschmerzen zumindest nicht ausgeprägt vorlägen und dieses Kriterium ohnehin nicht genügen würde, um einen adäquat-kausalen Zusammenhang mit dem mittelschweren Unfall zu begründen (Einspracheentscheid Erw. 9). Die Beschwerdeführerin demgegenüber erachtet namentlich das Kriterium der "Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzungen" in ausgeprägter Form sowie (sinngemäss) die Kriterien "schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen" sowie "körperliche Dauerschmerzen" als erfüllt.

7.8.1 Für die Erläuterung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung und ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, verwies das Bundesgericht in BGE 140 V 356 Erw. 5.5.1 auf seine bisherige, in SVR 2013 UV Nr. 3 zusammengefasste Praxis:

Bejaht wurde das Kriterium bei einem Unfall mit Verbrühungen, wobei als direkte psychotraumatologische Auswirkung eine ausgeprägte phobische Störung vor Hitzequellen und als Folgeerscheinung eine komorbide mittelgradige depressive Episode vorlagen. In Bezug auf die phobische Störung vor Hitzequellen wurde

das Kriterium aufgrund erhöhter psychischer Vulnerabilität der Versicherten infolge früherer Belastungen (insbesondere Krieg) sogar in besonders ausgeprägter Weise bejaht, hinsichtlich der depressiven Episode in der einfachen Form (SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83, 8C_435/2011 Erw. 4.2.7). Bejaht wurde das Kriterium ferner etwa: bei Wirbelkörperfrakturen, wobei dem bei solchen Verletzungen bestehenden erhöhten Risiko von Lähmungserscheinungen und den im konkreten Fall wiederholt erforderlich gewesen operativen Eingriffen Rechnung getragen wurde (Urteil 8C_488/2011 vom 19.12.2011 Erw. 5.2); bei einer instabilen Fraktur eines Lendenwirbels, wobei berücksichtigt wurde, dass sich der Versicherte damit eine für einen mittelschweren, im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu qualifizierenden Unfall relativ schwere Verletzung zugezogen habe, welche zudem nach ärztlicher Einschätzung erfahrungsgemäss geeignet sei, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (Urteil 8C_116/2009 vom 26.6.2009 Erw. 4.3); bei einer Augenläsion samt beträchtlichem Visusverlust, wobei die Beurteilung der Frage, ob das Kriterium aufgrund der im konkreten Fall bestandenen psychisch bedingten Prädisposition gar in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sei, von ergänzender medizinischer Abklärung abhängig gemacht wurde (Urteil 8C_965/2008 vom 5.5.2009 Erw. 4.3); bei einem Kehlkopftrauma mit partiellem Abriss der Luftröhre und Erstickungsgefahr (RKUV 2005 Nr. 555 S. 322, U 458/04 Erw. 3.5.2).

Verneint wurde das Kriterium u.a.: bei einer luxierten, subkapitalen 3-Fragment-Humerusfraktur links (Urteil 8C_744/2009 vom 8.1.2010 Erw. 11.2); bei einem von den Ärzten als schwer bezeichneten Polytrauma mit Thorax- und Abdominaltrauma sowie offenen Gesichtsschädelfrakturen (Urteil 8C_197/2009 vom 19.11.2009 Erw. 3.6); bei einem Fersenbeinbruch (Urteil 8C_432/2009 vom 2.11.2009 Erw. 5.3); bei einer traumatischen Milzruptur, Rippenreihenfraktur mit Hämatothorax links und Rissquetschwunde frontal am Kopf links (Urteil 8C_396/2009 vom 23.9.2009 Erw. 4.5.6); bei einem akuten linksbetonten Cervicocephal- und Lumbovertebralsyndrom (Urteil 8C_249/2009 vom 3.8.2009 Erw. 8.3); bei einer Beckenstauchung mit rezidivierenden ISG-Blockaden und aktivierter Ileitis rechts (Urteil 8C_275/2008 vom 2.12.2008 Erw. 3.3.2); bei Frakturen im Gesichtsbereich (Urteil 8C_825/2008 vom 9.4.2009 Erw. 4.4); bei einer Commotio cerebri, Rissquetschwunde parietal sowie Schürfwunden an Gesicht, Knien und Händen (Urteil U 151/04 vom 28.2.2005 Erw. 5.2.2); bei Rippenfrakturen, diversen Kontusionen und Kopfprellung (Urteil U 272/03 vom 25.8.2004 Erw. 4.3).

Im zitierten Urteil SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7, 8C_398/2012, selbst schloss das Bundesgericht mit Blick auf die dargestellte Rechtsprechung, dass das zu beurteilende Polytrauma (mit Milzruptur und Mageneinriss, Hämatothorax beidseits, Rippenreihenfraktur links 2-12, Rippenfraktur rechts 4 und 6, Sternum-

fraktur mit retrosternalem Hämatom, Lendenwirbelkörper 4-Querfortsatzfraktur, Scapulafraktur links, Claviculafraktur links, Contusio cordis mit Pericarderguss zirkulär 3 mm) zwar das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung erfülle, dieses jedoch nicht in besonderer Ausprägung vorliege, auch wenn die versicherte Person potentiell lebensgefährliche Verletzungen erlitt und während längerer Zeit auf intensivmedizinische Betreuung angewiesen war.

7.8.2 Die Beschwerdeführerin erlitt bei der Fahrzeugkollision vom 3. Oktober 2017 ein Polytrauma. Diagnostiziert wurde ein Polytrauma mit Thoraxtrauma mit Rippenserienfraktur links und rechts und Hämatothorax rechts, LWK-1-Fraktur, Abdominaltrauma mit Leberruptur, Milz- und Nierenlazeration rechts Grad II, Nierenlazeration links Grad I, Dünndarm- und Colon-Ascendens-Ruptur, Duodenumruptur Pars III, Ruptur Zwerchfell rechts 5 cm Länge, Contusio cordis sowie eine Rissquetschwunde praepatellär links (vgl. Ingress Bst. A; Suva-act. 77). Diese Verletzungen waren so schwer, dass sie noch am Unfalltag notfallmässig per Helikopter vom erstbehandelnden Spital H._____, wo ein Traumaspiral-CT angefertigt worden war, ins I._____ Spital verlegt werden musste. In der Folge musste sie sich diversen operativen Eingriffen, deren neun innert weniger als einem Monat (vom 3.10.2017 bis 29.10.2017; ohne OSME am 30.11.2018), unterziehen. Namentlich wurde bei der initial kreislaufinstabilen und peritonitischen Beschwerdeführerin noch am Unfalltag eine notfallmässige Laparotomie durchgeführt. Anlässlich dieses Eingriffs zeigten sich intraabdominal u.a. mehrere Liter Blut, ein partieller Abriss der Mesenterialwurzel, eine tiefe Läsion zwischen Lebersegment V und VI, ein komplett zerrissenes Querkolon mit Stuhlaustritt in den Oberbauch, eine komplette Durchtrennung des Dünndarmes ca. 45 cm ab Treitz sowie eine kleine Perforation im Duodenum Pars III.

Vor diesem Hintergrund sowie angesichts der zahlreichen weiteren erheblichen Verletzungen (namentlich Rippenserienfraktur beidseits und Hämatothorax rechts; instabile LWK-1-Fraktur; Zwerchfellruptur; Contusio cordis) erweist sich das Kriterium der Schwere der erlittenen Verletzungen in Betrachtung der dargelegten Rechtsprechung (namentlich Urteil SVR 2013 UV Nr. 3, S. 7, 8C_398/2012) und entgegen der Beurteilung der Suva als erfüllt (vgl. ferner Urteil BGer 8C_308/2014 vom 17.10.2014 Erw. 4.3 [Bejahung des Kriteriums nach Verlegung noch am Unfalltag per Helikopter vom erstbehandelnden in ein weiteres Spital des dortigen Versicherten, welcher sich verschiedene Frakturen im Gesichts- und Brustbereich zugezogen hatte und zudem mehrere Tage in ein künstliches Koma verlegt werden musste] m.H.a. auf Urteil BGer [8C_487/2007](#) [recte wohl: [8C_484/2007](#)] vom 3.9.2008 Erw. 6.3.1). Die erlittenen, z.T. offen-

sichtlich lebensbedrohlichen Verletzungen erscheinen geeignet, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen.

Zwar trifft es zu, dass das Bundesgericht dieses Kriterium auch in Fällen mit Polytrauma verneint hatte; die von der Suva angeführten Urteile des Bundesgerichts (8C_434/2021 [recte wohl: 8C_434/2012] vom 21.11.2012, 8C_44/2017 vom 19.4.2017) erweisen sich indes nicht als einschlägig, zumal das strittige Kriterium im erstzitierten Urteil (in Erw. 7.2.3 in fine) offen gelassen werden konnte und die Verletzungen (Polytrauma mit mehreren Frakturen im Gesicht und an den Extremitäten) im zweitzitierten Urteil (Erw. 6.2.3 i.V.m. Sachverhalt lit. A) nicht mit dem von der Beschwerdeführerin erlittenen Polytrauma vergleichbar sind.

Die Frage, ob das Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, kann angesichts des Ausgangs des Verfahrens offengelassen werden. Anzuführen ist immerhin, dass hierfür zumindest gewisse Anhaltspunkte sprechen, kommen doch zum ähnlich gelagerten Fall gemäss Urteil 8C_398/2012 (vgl. vorstehend Erw. 7.8.1) erhebliche Verletzungen hinzu (z.B. Abriss Mesenterialwurzel, Zerriss Querkolon, Durchtrennung Dünndarm, Perforation im Duodenum, Zwerchfellruptur [wenngleich im Gegenzug andere dortige Verletzungen, z.B. Claviculafraktur oder Mageneinriss, vorliegend nicht vorhanden sind]).

7.9.1 Für die Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs oder erheblicher Komplikationen bedarf es besonderer Umstände, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt allein nicht (Urteile BGer 8C_131/2021 vom 2.8.2021 Erw. 6.4.3; 8C_542/2020 vom 13.11.2020 Erw. 6.2; 8C_627/2020 vom 10.12.2020 Erw. 4.1.4). Auch allein aus der ärztlichen Behandlung und den erheblichen Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden (vgl. Urteil BGer 8C_349/2009 vom 17.8.2009 Erw. 5.3). Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs müssen nicht kumulativ erfüllt sein (Urteil BGer 8C_299/2009 vom 30.9.2009 Erw. 4.3.5 m.H.a. BGE 117 V 359 Erw. 7b).

7.9.2 Vorliegend traten bei der Beschwerdeführerin nach der Erstversorgung verschiedene Komplikationen auf, die zum überwiegenden Teil ohne Weiteres als erheblich zu bezeichnen sind und denen die Eignung, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, nicht abgesprochen werden kann (vgl. namentlich zum Ganzen Erw. 3.10.1):

- Postoperatives Biliom
- Bilaterale Pneumonie mit respiratorischer Insuffizienz
- Herpes nasalis
- Thrombose der Vena jugularis interna
- Periphere Lungenembolien
- Respiratorische Insuffizienz und prolongiertes Weaning (Tracheotomie am 19.10.2017)
- Paralytischer Ileus ([Darmlähmung](#) infolge gestörter Darminnervation; vgl. Pschyrembel online)
- Delir
- Verdacht auf infizierten Hämatothorax DD Pleuraempyem
- ZVK-assoziiertes Infekt

Anlässlich der geplanten abdominalen Revision bei offenem Abdomen konnte der Faszienverschluss im mittleren Teil auf einer Länge von 15 cm zufolge Spannung nicht vorgenommen werden; die operative Komplettierung des Bauchdeckenverschlusses konnte erst zwei Tage später erfolgen (vgl. Erw. 3.7.1 f.). Als einschneidend und belastend muss sodann insbesondere die Atmungsproblematik beurteilt werden. Bei rezidivierender respiratorischer Erschöpfung musste die Beschwerdeführerin lange auf der IPS verbleiben und nach Rücksprache mit den Angehörigen erfolgte am 19. Oktober 2017 eine halboffene, dilatative Tracheotomie (Suva-act. 74, 77). Nach dem mehrwöchigen IPS-Aufenthalt und nach Verlegung der Beschwerdeführerin auf die Bettenstation verschlechterte sich die Beschwerdeführerin mit Tracheotoma respiratorisch zusehends; Infektionsparameter und Fieber stiegen; bei erschwerter Thorakoskopie musste am 29. Oktober 2017 auf eine offene pleurale Dekortikation und Adhäsioleum umgestellt und die Beschwerdeführerin erneut auf die IPS verlegt werden (Suva-act. 73, 77). Am 31. Oktober 2017 erfolgte die Rückverlegung auf die Normalstation und am 6. November 2017 konnte das Tracheostoma auf eine Sprechkanüle gewechselt werden, welche am 10. November 2021 entfernt wurde. Erst danach konnte auch mit oralem Kostenaufbau begonnen werden (Suva-act. 77).

Es zeitigt sich mithin, dass sich bei der Beschwerdeführerin nach dem Verkehrsunfall nebst dem Polytrauma zahlreiche weitere, zum Teil gravierende und mitunter lebensgefährliche gesundheitliche Problemfelder eröffneten und entsprechende Behandlungen und operative Eingriffe - deren neun innert weniger als einem Monat - und mehrwöchige IPS-Aufenthalte mit notwendiger Rückverlegung zur Folge hatten. Vor diesem Hintergrund ist entgegen der Auffassung der Suva auch das Kriterium schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen erfüllt, war doch dieser belastende Verlauf geeignet, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen.

7.10 Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass mindestens zwei der sieben Adäquanzkriterien zumindest in einfacher Weise erfüllt sind. Zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs bedarf es grundsätzlich lediglich eines weiteren Kriteriums, wobei ausdrücklich darauf hinzuweisen ist, dass anlässlich dieser gerichtlichen Prüfung offengelassen wird, ob das Kriterium "Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen" nicht gar besonders ausgeprägt vorliegt. Die Suva ihrerseits liess offen, ob das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen erfüllt ist (angefocht. Einspracheentscheid Erw. 9).

In Anbetracht dessen kann nicht die Rede davon sein, es gehe um die Verneinung der Adäquanz und nicht um deren Bejahung oder aber die Adäquanz könne von vornherein verneint werden (vgl. angefocht. Einspracheentscheid Erw. 13). Wie erwähnt ist es dem Verwaltungsgericht verwehrt, den adäquaten Kausalzusammenhang zu bejahen, bevor die sich in tatsächlicher Hinsicht stellenden Fragen bezüglich Natur der gesundheitlichen Beeinträchtigungen geklärt sind. Da der natürliche Kausalzusammenhang in psychischer/psychosomatischer Hinsicht unbestrittener Weise nicht gutachterlich geklärt wurde, obwohl eine Klärung seitens der Gutachter als angezeigt beurteilt wurde, und eine gerichtliche Prüfung namentlich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen zur grundsätzlichen, indes ohne Abklärung der natürlichen Kausalität unzulässigen Bejahung der Adäquanz führen könnte, erscheint es verfrüht, über weitere Adäquanzkriterien zu befinden.

Die Sache ist daher, ohne die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang vorwegzunehmen, an die Suva zurückzuweisen, damit diese hinsichtlich der noch geklagten Beschwerden ein psychiatrisches (Teil-)Gutachten einhole. Es wird Sache der Suva sein, über die Gutachterperson/-stelle zu befinden (vgl. Vorschlag der Beschwerdeführerin gem. Beschwerde S. 10). Im Rahmen der weiteren Abklärungen erscheint es sodann angezeigt, die rechte Schulter bzw. den Verdacht einer Frozen Shoulder rechts einer einlässlichen gutachterlichen Abklärung zu unterziehen, wozu die Suva ebenfalls gerichtlich zu verpflichten ist. Zwar wurde der die Schulter rechts betreffenden Diagnose eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt (vgl. Erw. 3.34.1) und sie wurde auch bei der Integritätsentschädigung mitberücksichtigt (vgl. Erw. 3.34.4). Indes fanden diesbezüglich weder schnittbildtechnische, orthopädische oder neurologische Untersuchungen statt. Auch die klinische Untersuchung wurde sowohl durch den Kreisarzt (vgl. Erw. 3.26) als auch durch die Gutachter (vgl. Erw. 3.34.2 und 3.34.4) als nicht bzw. erschwert durchführbar beschrieben. So stellen die Gutachter eine Verdachtsdiagnose und erwähnen, eine "Frozen Shoulder" könne gut angenommen werden (vgl. Erw. 3.34.2). Zudem weisen sie darauf hin, dass die Be-

schwerden grundsätzlich therapierbar seien. Eine vertiefte Abklärung erscheint daher angezeigt zu sein, nachdem weitere Abklärungen ohnehin vorzunehmen sind.

Nach der ergänzenden gutachterlichen Abklärung wird die Suva unter Einbezug der neuen Erkenntnisse, insbesondere auch eines allfälligen psychisch/psychosomatisch bedingten Anspruchs, über ihre Leistungspflicht hinsichtlich Rente und Integritätsentschädigung neu zu entscheiden haben. Sollte sich zudem weisen, dass die psychisch/psychosomatischen Beschwerden natürlich unfallkausal sind, ist ebenso die Frage des Fallabschlusses neu zu prüfen (vgl. in diesem Sinne auch KOSS-Nabold, Art. 6 FN 128).

8. Zusammenfassend erweist sich Beschwerde insoweit als begründet, als die Suva die Adäquanz der noch geklagten Beschwerden verneinte bzw. die Adäquanzprüfung ohne Abklärung des entsprechenden natürlichen Kausalzusammenhangs vorgenommen hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. Juli 2021 ist insofern aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Abklärung und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen, insbesondere hiervor Erw. 7.10, an die Suva zurückzuweisen. Im Übrigen, soweit die Beschwerdeführerin einen verfrühten Fallabschluss rügt und einstweilen die weitere Ausrichtung von Taggeldern verlangt, ist die Beschwerde abzuweisen.

9.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. ^fbis ATSG).

9.2.1 Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 Erw. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 Erw. 6.2, je mit Hinweisen).

Nachdem die beanwaltete Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihr zu Lasten der Suva eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG / § 74 Abs. 1 VRP). Die Parteientschädigung 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 auf insgesamt Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

9.2.2 Für das Einspracheverfahren wird in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen (vgl. Art. 52 Abs. 3 ATSG). Entsprechendes macht die Beschwerdeführerin vorliegend denn auch nicht geltend.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit teilweise gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 21. Juli 2021 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen (insbesondere Erw. 7.10 und 8) zur ergänzenden Abklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin für das verwaltungsgerichtliche Verfahren mit einer Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu entschädigen.
4. 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 Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (2/R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Januar 2022

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: 4. Februar 2022

