

SO_GERICHTE VSBES.2023.8 vom 2. Dezember 2022

SO Obergericht, 2022-12-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.8

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.8 du 2 décembre 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.8 del 2 dicembre 2022

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1997, war bei der B.____ als Lernende (Kauffrau EFZ) angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 16. September 2020 (Akten der Beschwerdegegnerin Nr. [Suva-Nr.] 1) erlitt die Beschwerdeführerin am 8. September 2020 auf der Autobahn A1 bei Wallisellen eine Heckauffahrkollision. Bei der Erstversorgung im C.____ am 9. September 2020 wurde laut Notfallbericht vom 9. September 2020 (Suva-Nr. 15) ein am Vortag erlittenes kraneo-zervikales Beschleunigungstrauma diagnostiziert. Die Beschwerdegegnerin übernahm in der Folge die Heilbehandlungskosten und richtete Taggelder aus (Suva-Nr. 4).

1.2 Mit Verfügung vom 14. Oktober 2021 (Suva-Nr. 131) stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 31. Oktober 2021 ein. Die hiergegen von der Beschwerdeführerin erhobene Einsprache vom 11. November 2021 (Suva-Nr. 150) wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2022 (Aktenseite/n [A.S.] 1 ff.) ab.

E. 2

2.1 Versicherungsleistungen nach dem Bundesgesetz über die obligatorische Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Im Versicherungsfall hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sowohl bei der Heilbehandlung als auch beim Taggeld handelt es sich ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ um vorübergehende Leistungen. Sie sind ■ sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind ■ nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (statt vieler BGE 134 V 109 E. 4.1). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Hat sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (statt vieler BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter 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 E. 3.2 mit Hinweis). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Zudem sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4 mit Hinweisen). Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule (HWS) sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen).

2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende

Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Kaspar Gehring, in: Ueli Kieser et al. [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 4 ATSG N 40; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 5.2).

E. 3

3.1 Sowohl das Sozialversicherungsverfahren als auch das Rechtspflegeverfahren sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Das heisst, dass Verwaltung und Versicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen haben. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_179/2023 vom 20. Oktober 2023 E. 4.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der konkreten Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt so weit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2019 vom 7. März 2019 E. 3.2).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis «nicht ohne zwingende Gründe» von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann sodann nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. Anspruch auf ein Gerichtsgutachten besteht rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind (Urteil des Bundesgerichts

8C_73/2017 vom 6. Juli 2017 E. 4 mit Hinweisen).

E. 4

4.1 Strittig und zu prüfen ist, ob die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. Oktober 2021 zu Recht erfolgt ist. In ihrem Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) begründete die Beschwerdegegnerin die Leistungseinstellung damit, dass hinsichtlich der Unfallfolgen der medizinische Endzustand erreicht sei und zwischen den nicht objektivierbaren Beschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfall vom 8. September 2020 keine adäquate Kausalität bestehe. Die medizinische Aktenlage präsentierte sich der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt ihres Einspracheentscheids im Wesentlichen wie folgt:

4.2 Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Nuklearmedizin und Radiologie, und Dr. med. J.____, Oberärztin, halten in ihrem Radiologiebericht vom 9. September 2020 (Suva-Nr. 23) fest, dass sich in der CT (Computertomographie) der HWS nativ vom 9. September 2020 ein regelrechtes dorsales und anteriores Alignment der HWS der Beschwerdeführerin zeige. Die atlantodentale Artikulation sei symmetrisch. Weiter seien keine Höhenminderung des Wirbelkörpers und keine Frakturen ersichtlich. Die partiell mitabgebildeten Mastoidzellen seien regelrecht belüftet, die prävertebralen Weichteile schlank. Es seien keine pathologisch vergrösserten Lymphknoten zervikal und kein Pneumothorax in den partiell mitabgebildeten apikalen Lungenabschnitten bds. festzustellen. Im Ergebnis könne festgehalten werden, dass keine Fraktur der HWS vorliege.

4.3 Im Notfallbericht des C.____ vom

E. 9

September 2020 (Suva-Nr. 15), verfasst von K.____, Blockstudentin, gesehen von L.____, Assistenzarzt, und Dr. med. M.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, wird als einzige Diagnose ein am 8. September 2020 erlittenes kranio-zervikales Beschleunigungstrauma aufgeführt. Die Beschwerdeführerin habe bei der Anamnese berichtet, dass sie am Vortag um 18.00 Uhr mit dem Auto auf der Autobahn unterwegs gewesen sei, als das Auto vor ihr abgebremst habe. Sie habe ebenfalls abgebremst, bis sie vollständig stillgestanden sei, worauf ein weiteres Auto von hinten mit 100 km/h in ihr Heck gefahren sei. Der Sicherheitsgurt sei stets angelegt gewesen, der Airbag habe sich nicht ausgelöst. Es habe kein Kopfanprall stattgefunden und sie sei stets bei Bewusstsein gewesen. Sie sei danach noch selbständig im Unfallfahrzeug nach Hause gefahren. Initial habe sie keine Schmerzen gehabt, im Verlauf des Abends seien jedoch beginnende Schmerzen in der rechten Hand aufgetreten, die bis in die Schulter aufgestiegen seien. Aktuell habe sie starke Schmerzen an der HWS und der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie am rechten Handgelenk, weshalb sie sich schmerzbedingt kaum bewegen können. Sie habe seit dem Ereignis keine Nausea, keinen Schwindel, keine Kopfschmerzen und keine Thoraxschmerzen gehabt. Aufgrund des Unfallmechanismus und der Beschwerden sei eine CT der HWS gemacht worden, in welcher keine Fraktur nachgewiesen werden können. Bei diffus schmerzhafter Wirbelsäule sei mittels einer Röntgenaufnahme der ganzen Wirbelsäule eine Fraktur ausgeschlossen worden. Ebenfalls sei keine Fraktur im rechten Handgelenk nachweisbar gewesen. Die Beschwerdeführerin sei mobilisiert worden. Es habe eine Diskrepanz zwischen der diffusen, ausgeprägten Schmerzsymptomatik und der klinischen Beweglichkeit bei unbewussten Bewegungen bestanden. Sowohl die

Beschwerdeführerin als auch die Ärzte hätten sich für eine ambulante analgetische Therapie sowie Mobilisation ausgesprochen.

4.4 Dr. med. N.____, Fachärztin für Radiologie, hält in ihrem Radiologiebericht vom 17. September 2020 (Suva-Nr. 14) fest, dass sich beim MRI (engl. für magnetic resonance imaging) der LWS nativ und myelo vom 16. September 2020 [lediglich] eine leichtgradige beginnende Spondylarthrose auf Höhe L4/L5 und L5/S1 gezeigt habe. Ansonsten sei die MRT (Magnetresonanztomografie) der LWS unauffällig gewesen. So habe sich kein Nachweis einer traumatischen Läsion oder von Neurokompressionseffekten ergeben.

4.5 Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma von Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 30. September 2020 (Suva-Nr. 13) wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin auf Nachfrage hin berichtet habe, innert drei Stunden nach dem Unfall an Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Schwindel und Übelkeit gelitten zu haben. Als weitere Symptome hätten sich bei der Beschwerdeführerin nach drei Stunden taube Beine sowie Schmerzen eingestellt. Dr. O.____ stellt als Verdachtsdiagnose ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma des Schweregrads II sowie differentialdiagnostisch eine exazerbierte Fibromyalgie.

4.6 Dr. med. P.____, Facharzt für Radiologie, hält in seinem Radiologiebericht vom 13. Oktober 2020 (Suva-Nr. 24 S. 7) fest, dass sich in der MRT der HWS und der Brustwirbelsäule (BWS) nativ vom 13. Oktober 2020 ein regelrechtes ventrodorsales Alignment der HWS und BWS zeige. Es seien keine Wirbelkörperfrakturen festzustellen. Das Knochenmarksignal sei regelrecht. Es sei keine spinale oder foraminale Einengung zervikal und thorakal gegeben. Die Morphologie und das Signal des Myelons seien regelrecht. Die perivertebralen Weichteile seien unauffällig. Im Ergebnis könne festgestellt werden, dass keine spinalen Traumafolgen zervikal und thorakal ersichtlich seien.

4.7 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. Q.____, Fachärztin für Neurologie, vom 19. Oktober 2020 (Suva-Nr. 20) werden folgende Diagnosen gestellt:

Kranio-zervikales Beschleunigungstrauma am 08.09.2020

-Funktionelle Paraplegie mit wechselnden Sensibilitätsstörungen, Blasenfunktion intakt

-HWS 09.09.2020: unauffällig, keine Traumafolgen

-MRT HWS, BWS 13.10.2020: keine spinalen Traumafolgen zervikal und thorakal

-MRI LWS 16.09.2020: leichtgradige beginnende Spondylarthrose auf Höhe L4/L5 und L5/S1, ansonsten unauffällige MRT LWS

-Röntgen gesamte Wirbelsäule 09.09.2020: unauffällig, keine Frakturen

Dr. Q.____ führt zur Befunderhebung aus, dass die Beschwerdeführerin in einem gemieteten Rollstuhl sei, gangunfähig. Kopf und Hirnnerven seien detailliert geprüft und als unauffällig beurteilt worden. Bei den oberen Extremitäten seien Trophik, Tonus, Vorhalteversuche, Zeigeversuche und Diadochokinese unauffällig. Bei den unteren Extremitäten seien Trophik und Tonus ebenfalls unauffällig. Die Beschwerdeführerin habe bei den unteren Extremitäten keine Willkürbewegungen ausgeführt, jedoch Mitbewegungen z.B. beim Anziehen und Ausziehen, bei Prüfung der Kraft der oberen Extremitäten oder beim Positionswechsel im Rollstuhl mithilfe der Arme. Die Muskeleigenreflexe der oberen Extremitäten seien lebhaft, der PSR (Patellarsehnenreflex) linksbetont leicht gesteigert, der

ASR (Achillessehnenreflex) beidseitig leicht gesteigert. Es konnten vier Klone bds. festgestellt werden. Die Sensibilität an den Oberschenkeln sei für sämtliche Qualitäten zirkulär aufgehoben (bei Schmerzreiz Angabe einer federleichten Berührung). Bei der Prüfung der Zweipunkt-diskrimination an den Oberschenkeln habe die Beschwerdeführerin ungefähr bei jeder zweiten Testung als Antwort "■ein Punkt" angegeben. An den Unterschenkeln sei die Sensibilität für Berührung, Schmerz, Temperatur und Zweipunkt-diskrimination erhalten. Hinsichtlich des Vibrationssinns beim Malleolus medialis und lateralis mache die Beschwerdeführerin wechselnde Angaben. Meist sage sie kurz nach dem Aufsetzen der Stimmgabel, dass sie die Vibration nicht mehr spüre, unabhängig davon, wie stark die Stimmgabel beim Aufsetzen vibriert habe. Am Beckenkamm links paravertebral und am lumbosakralen Übergang verspüre die Beschwerdeführerin eine Druckdolenz. Die Beschwerdeführerin sei freundlich zugewandt und affektiv eingeschränkt schwingungsfähig. Sie zeige eine deutliche Belle indifférence. Dr. Q.____ beurteilt die von ihr erhobenen Befunde dahingehend, dass eine funktionelle Paraplegie mit wechselnden Sensibilitätsstörungen bei intakter Blasenfunktion vorliege. Aufgrund der leicht gesteigerten Muskel-eigenreflexe sei eine MRT der HWS und BWS erstellt worden. Die Bildgebung sei komplett unauffällig. Es seien keine Traumafolgen der HWS und BWS ersichtlich. Die Beschwerdeführerin sei informiert worden, dass es sich um eine funktionelle Störung handle. Ihr sei gesagt worden, dass sie durch den Schock keinen Zugang zu den Bewegungen habe, was mit Physiotherapie wieder trainiert werden könne.

4.8 Im Kostengutsprache-gesuch für eine Verlängerung der Rehabilitation der R.____ vom 3. Dezember 2020 (Suva-Nr. 33), digital visiert von Dr. med. S.____, Oberarzt, und Dr. med. T.____, Assistenzärztin, werden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen

A.Unfall vom 08.09.2020: Auffahrunfall

A1 Kranio-zervikales Beschleunigungstrauma

-Funktionelle Paraplegie mit wechselnden Sensibilitätsstörungen

-Blasenfunktion intakt

-HWS 09.09.2020: Unauffällig, keine Traumafolgen

-MRT HWS, BWS 13.10.2020: Keine spinalen Traumafolgen zervikal und thorakal

-MRI LWS 16.09.2020: Leichtgradige beginnende Spondylarthrose auf Höhe L4/L5 und L5/S1. Ansonsten unauffällige MRT LWS

-Röntgen gesamte Wirbelsäule 09.09.2020: Unauffällig, keine Frakturen

B.Fibromyalgie, Dr. U.____

Aktuelle Probleme:

1. Paraplegie
2. Dysästhesie Oberschenkel rechts lateral
3. Schmerzen intermittierend HWS, LWS
4. Psychisch belastende Situation subjektiv

Zur Motorik und Koordination der unteren Extremitäten und des Rumpfes im Zeitpunkt des Eintrittes der Beschwerdeführerin in die Klinik wird im Gesuch festgehalten, dass ein unauffälliger Inspektionsbefund vorliege. Die Beine würden beidseits spontan nicht bewegt. Die Muskulatur sei symmetrisch, die Füße kalt auf Palpation. Bei der Muskelkraft der proximalen und distalen Muskelgruppen liege ein Kraftgrad von 0 (BMRC) vor, nur bei den Zehen ergebe sich bds. ein Kraftgrad von 3/5 (BMRC). Hinweise auf Faszikulationen, Myoklonien, Tremor oder dystone Bewegungsstörungen lägen keine vor. Beinhalteversuch, Knie-Hacken-Versuch und Gang seien nicht möglich. Zur Begründung des Kostengutsprachegesuchs wird ausgeführt, dass sich in der Physiotherapie erste Fortschritte zeigten, und zwar in dem Sinne, dass die Beschwerdeführerin [nun] in der Lage sei, Mini Squats (bis jetzt 4 x) zu machen. Zudem werde das Stehen an der Sprossenwand geübt. In den Beinen und Füßen fühle sie selbst eine Verbesserung der Wahrnehmung. Sie könne zurzeit 2 m am Eulenburger zurücklegen. Die Hüftmuskulatur habe sich bis heute deutlich verbessert. Die Wassertherapie tue ihr ebenfalls gut. Sie sei jetzt in der Lage, im Wasser mit der Unterstützung der Arme zu gehen. Die unterstützenden Gespräche mit dem PPD (Psychiatrisch-Psychologischen Dienst) seien aktuell ebenfalls von grosser Bedeutung für die weiteren Fortschritte im gesamten Rehabilitationsverlauf.

4.9 Im Kostengutsprachegesuch für eine Verlängerung der Rehabilitation der R.____ vom 4. Januar 2021 (Suva-Nr. 36), digital visiert von Dr. med. V.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. T.____ werden die im Kostengutsprachegesuch vom 3. Dezember 2020 ■ siehe oben Ziff. 4.8 ■ aufgeführten Diagnosen wiederholt. Zur Begründung des Kostengutsprachegesuchs wird ausgeführt, dass in der Physiotherapie das Gehen im 4-Punkte-Gang mit Belastung nach Massgabe der Beschwerden intensiv geübt werde. Die Beschwerdeführerin könne aktuell 60 m mit einer Sitzpause zurücklegen. Die Psychotherapie werde ebenfalls intensiv weitergeführt, wobei sich die Beschwerdeführerin sehr offen für die Therapie zeige. Eine antidepressive medikamentöse Therapie werde langsam ausgebaut. Es sollte weiterhin an der allgemeinen Rekonditionierung und am Gehtraining und weiterhin an der Stabilisation der psychischen Komponente gearbeitet werden. Das Rehabilitationspotenzial werde als hoch erachtet und könne bei der motivierten Patientin am ehesten im stationären Setting ausgeschöpft werden.

4.10 Im Austrittsbericht der R.____ vom 25. Januar 2021 (Suva-Nr. 50), digital visiert von Dr. V.____ und Dr. T.____, werden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen

A.Unfall vom 08.09.2020: Auffahrunfall

A1 Kranio-zervikales Beschleunigungstrauma

-Funktionelle Paraplegie mit wechselnden Sensibilitätsstörungen

-Blasenfunktion intakt

-HWS 09.09.2020: Unauffällig, keine Traumafolgen

-MRT HWS, BWS 13.10.2020: Keine spinalen Traumafolgen zervikal und thorakal

-MRI LWS 16.09.2020: Leichtgradige beginnende Spondylarthrose auf Höhe L4/L5 und L5/S1. Ansonsten unauffällige MRT LWS

-Röntgen gesamte Wirbelsäule 09.09.2020: Unauffällig, keine Frakturen

B.Fibromyalgie, Dr. U.____

C.V. a. Dissoziative Bewegungsstörung ICD-10 F44.4

V. a. Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10 F43.1

Probleme bei Austritt

1. Stark eingeschränkte Gehfähigkeit an 2 Unterarmgehstöcken
2. Rasche Ermüdbarkeit
3. Dysästhesie Oberschenkel rechts lateral, regredient
4. Schmerzen intermittierend HWS, LWS
5. Psychisch belastende Situation subjektiv

Aus somatischer Sicht wird zu den Diagnosen ausgeführt, dass knapp vier Monate nach dem Auffahrunfall, bei dem sich die Beschwerdeführerin ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma zugezogen und im Verlauf eine funktionelle Paraplegie ohne nachweisbare strukturelle Läsion im MRI von HWS, BWS und LWS entwickelt habe, aktuell die unter Probleme bei Austritt subsumierten Beschwerden bestünden. Mittels intensiver Therapie sei es gelungen, die Beschwerdeführerin aus dem Rollstuhl heraus zu mobilisieren und sie in die Lage zu versetzen, mittlerweile fast ganz auf den Rollstuhl zu verzichten und sich an Stöcken fortzubewegen. Der Gang an Stöcken sei noch stark verlangsamt und für die Beschwerdeführerin mit grosser Anstrengung verbunden, so dass sie schnell über Müdigkeit bzw. Kraftlosigkeit klage. Das Ausmass der physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären. Die gezeigte Funktionsstörung sei am ehesten psychogener Genese. Aus psychosomatischer Sicht wird zu den Diagnosen ausgeführt, dass die für die Diagnosestellung einer dissoziativen Bewegungsstörung geforderten unlösbaren Probleme oder interpersonellen Schwierigkeiten zum jetzigen Zeitpunkt in der Angst um die Mangelversorgung der Tochter im Säuglingsalter gesehen würden. Die erlebte Ohnmacht bei der Versorgung der Tochter stehe des Weiteren in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen. Darüber hinaus reagiere die Beschwerdeführerin mit einer Symptomatik (Flashbacks, Albträume und Vermeidungsverhalten), die an eine posttraumatische Belastungsstörung erinnere. Die Kriterien für das Vorliegen einer solchen Störung seien jedoch nicht vollumfänglich erfüllt. Insbesondere liege kein Ereignis von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass vor, das bei fast jeder Person eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Die Beschwerdeführerin weise im Zusammenhang mit den genannten Flashbacks und Albträumen allerdings einen Leidensdruck und eine Behandlungsbedürftigkeit auf. Zusätzlich zur dissoziativen Störung könne hier differentialdiagnostisch an eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung gedacht werden. Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wird im Bericht festgehalten, dass weder für die bisherige Tätigkeit als Lernende Kauffrau noch für eine andere berufliche Tätigkeit unfallkausal Einschränkungen attestiert werden könnten. Psychiatrisch bestehe ein Krankheitsbild, das aktuell keine verwertbare Arbeitsleistung zulasse. Eine Arbeitsaufnahme als Lernende Kauffrau sei aktuell aus unfallfremden Gründen nicht realistisch.

4.11 In der biomechanischen Kurzbeurteilung der W.____ vom 6. April 2021 (Suva-Nr. 70), elektronisch visiert von Dr. med. X.____, Fachärztin für Rechtsmedizin, und Dr. sc. techn. Y.____, Dipl.-Ing. ETH, wird festgehalten, dass aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen darauf zu schliessen sei, dass das Fahrzeug des Unfallverursachers ■ ein Peugeot 206 ■ mit einer grossen Überdeckung und weitgehend zentrisch auf das Heck des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin ■ ein Jaguar XE ■ geprallt sei. Durch diesen Heckanprall habe das Fahrzeug der Beschwerdeführerin eine Geschwindigkeitsänderung in Vorwärtsrichtung erfahren, die innerhalb eines Bereichs von 10 ■ 15 km/h gelegen habe. Der Bereich für die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv), innerhalb welchem nach Heckkollisionen der kritische Wert für nicht unerhebliche HWS-Beschwerden anzunehmen sei, liege für das angestossene Fahrzeug im Normalfall zwischen 10 und 15 km/h. Vorliegend ergebe sich aus biomechanischer Sicht aufgrund der technischen Bewertung und der medizinischen Unterlagen, dass die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten von der Halswirbelsäule ausgehenden Beschwerden und Befunde isoliert durch die Kollisionseinwirkung bereits im Normalfall eher erklärbar seien.

4.12 Im Arztbericht von Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 25. April 2021 (Suva-Nr. 80) werden folgende Diagnosen gestellt:

Z. n. Unfall vom 08.09.2020: Auffahrunfall

-Kranio-zervikales Beschleunigungstrauma

-Funktionelle Paraplegie mit wechselnden Sensibilitätsstörungen; Blasenfunktion intakt

-HWS 09.09.2020: unauffällig, keine Traumafolgen

-MRT HWS, BWS 13.10.2020: Keine spinalen Traumafolgen zervikal und thorakal

-MRI LWS 16.09.2020: Leichtgradige beginnende Spondylarthrose auf Höhe L4/L5 und L5/S1. Ansonsten unauffällige MRT LWS.

-Röntgen gesamte Wirbelsäule 09.09.2020: unauffällig, keine Frakturen

Fibromyalgie

V.a. Dissoziative Bewegungsstörung ICD 10 F 44.4

V.a. Posttraumatische Belastungsstörung F 43.1

Dr. Z.____ führt in seinem Bericht aus, dass ihn die Beschwerdeführerin nach ihrer stationären Behandlung in [...] erstmals im Rahmen eines Hausarztwechsels aufgesucht habe. Dem Wunsch der Beschwerdeführerin entsprechend habe er sie zur neurologischen Beurteilung und Überwachung an Dr. Q.____ überwiesen, die bereits vor dem Rehaaufenthalt in [...] in die Behandlung involviert gewesen sei. Weiter habe er die Beschwerdeführerin zu einem Erstgespräch an die AA.____ überwiesen. Bis weitere Angaben über Verlauf und Prognose gemacht werden könnten, müssten die weiteren fachärztlichen Beurteilungen abgewartet werden.

4.13 Im Sprechstundenbericht von Dr. Q.____ vom 6. Mai 2021 (Suva-Nr. 110) werden folgende Diagnosen gestellt:

·Kranio-zervikales Beschleunigungstrauma am 08.09.2020

-Funktionelle Paraplegie mit wechselnden Sensibilitätsstörungen, Blasenfunktion intakt

- HWS 09.09.2020: Unauffällig, keine Traumafolgen
- MRT HWS, BWS 13.10.2020: Keine spinalen Traumafolgen zervikal und thorakal
- MRI LWS 16.09.2020: Leichtgradige beginnende Spondylarthrose auf Höhe L4/L5 und L5/S1; ansonsten unauffällige MRT LWS
- Röntgen gesamte Wirbelsäule 09.09.2020: Unauffällig, keine Frakturen
- Leichtes sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts, elektrophysiologisch bestätigt
- Vd. a. beginnende Tendovaginitis Beugesehnen Unterarm rechts

Dr. Q.____ führt zur Befunderhebung aus, dass die Beschwerdeführerin schlurfend an zwei Krücken gehe, ohne die Füße zu heben. Es sei keine Zirkumduktion erkennbar. Die Trophik sei unauffällig. Beim Aufsitzen aus dem Liegen sei eine Innervation der Hüftflexoren zu beobachten. Die Beschwerdeführerin hebe die Beine mit den Händen, z.B. um von der Liege aufzustehen oder sich anzuziehen. Es bestünden keine sensiblen Defizite. Das Phalen-Zeichen sei bds. negativ, das Tinel-Zeichen des Karpaltunnels rechts positiv. Die Muskeleigenreflexe seien allseits lebhaft auslösbar. Es hätten zwei Kloni bds. festgestellt werden können. Das Pyramidenbahnzeichen sei negativ. An den Beugesehnen des volaren Unterarms rechts sowie im Bereich des Musculus brachioradialis rechts liege eine deutliche Druckdolenz vor. Dr. Q.____ beurteilt die Befunde dahingehend, dass ein leichtes sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts vorliege, elektrophysiologisch bestätigt. Die Beschwerdeführerin habe wahrscheinlich einen angeborenen engen Karpaltunnel. Die vermehrte Belastung durch das Gehen an Krücken habe dann zum Karpaltunnelsyndrom geführt. Die auffallende Druckdolenz an den Beugesehnen des rechten Unterarms sowie im Bereich des Musculus brachioradialis rechts wecke den Verdacht auf eine beginnende Tendovaginitis. Zudem liege weiterhin eine funktionelle Gangstörung vor.

4.14 Im Verlaufsbericht von Dipl. Ärztin AB.____, Oberärztin bei den AA.____, vom 26. August 2021 (Suva-Nr. 123) wird folgende Diagnose gestellt:

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

-mit schwerer depressiver Symptomatik

Im Bericht wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht eine schwere depressive Symptomatik sowie eine posttraumatische Symptomatik mit Intrusionen und Dissoziationen präsentiere. Wie der Lebensanamnese zu entnehmen sei, habe die Beschwerdeführerin im Alter von 19 Jahren nach einer Trennung einen "Nervenzusammenbruch" erlitten, was möglicherweise auf eine Bindungsproblematik (instabiler Bindungstyp) mit erhöhter emotionaler Verletzung hinweisen könne. Ausserdem könnte eine diagnostizierte Fibromyalgie in jungem Alter ein Hinweis auf innerlichen Stress sein. Nach dem Autounfall gebe sich die Beschwerdeführerin die Schuld an allem und könne ihre Einschränkungen nicht akzeptieren. Es bestehe ein massiver Kontroll- und Sicherheitsverlust, der evtl. durch erhöhte Sicherheitsbedürfnisse in der Kindheit verstärkt werde. Die Beschwerdeführerin habe eine indizierte stationäre Behandlung verweigert, was bei fehlender akuter Selbstgefährdung toleriert worden sei. Eine medikamentöse Behandlung beim Vorhandensein starker depressiver Symptomatik mit deprimierter Stimmung, Schreckhaftigkeit, Intrusionen, starker Ängste sowie Schlafstörungen sei auch schwierig verlaufen. Die Beschwerdeführerin habe vorerst keine synthetischen

Psychopharmaka einnehmen wollen. Als schlafanstossend sei zuerst Redormin und bei fehlendem Ansprechen anschliessend Trittico Ret. 150 mg und Trittico 50 mg verordnet worden. Dadurch habe sich die Schlafqualität gebessert. Danach sei Cymbalta 30 mg bei anhaltendem Schmerzsyndrom installiert worden. Eine Dosiserhöhung habe bei fehlender medikamentöser Compliance nicht stattgefunden. Die Beschwerdeführerin habe danach auch die Einnahme von Trittico gestoppt.

4.15 Kreisarzt Dr. med. AC.____, Facharzt für Chirurgie, hält in seiner Stellungnahme vom 13. Oktober 2021 (Suva-Nr. 129) fest, dass bei der Beschwerdeführerin keine strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalles vom 8. September 2020 mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegen würden. In der ausgedehnten Bildgebung einschliesslich CT und MRI der HWS, aber auch MRI der LWS seien keine unfallbedingten strukturellen Läsionen nachgewiesen worden. Die Beschwerdeführerin präsentiere eine funktionelle (nicht organisch bedingte) Paraplegie. Die aktuell noch bestehenden Einschränkungen seien inzwischen mehr als ein Jahr nach dem Unfall nicht mehr mit Unfallfolgen erklärbar. Eine allenfalls noch benötigte Therapie sei somit nicht mehr unfallkausal. Eine kreisärztliche Untersuchung sei nicht angezeigt. Von einer solchen sei kein Erkenntniszuwachs zu erwarten.

4.16 In der ärztlichen Stellungnahme von Dipl. Ärztin AB.____ vom 1. November 2021 (Suva-Nr. 148) werden folgende Diagnosen gestellt:

Hauptdiagnose

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

-mit aktuell mittelschwerer depressiven Symptomatik

-mit traumaspezifischer Symptomatik mit Intrusionen, Dissoziation

Nebendiagnose

Selbstunsichere-zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung

Im Bericht wird ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht anfänglich eine schwere, momentan eine mittelschwere depressive Symptomatik sowie eine posttraumatische Symptomatik mit Intrusionen und Dissoziationen präsentiere.

Prädisponiert sei von einer selbstunsicheren, zwanghaften Persönlichkeitsstruktur mit emotionaler Dysfunktion auszugehen. Nach dem Unfall habe die Beschwerdeführerin einen massiven Kontroll- und Sicherheitsverlust erlebt, was den überkompensierten bzw. vermeidenden Verhaltensmodus nur verstärkt habe. Die Beschwerdeführerin zeige eine stark selbstkritische, selbstabwertende Haltung und gebe sich nach dem Unfall die Schuld an allem und könne ihre Einschränkungen nicht akzeptieren. Der Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin sei zu entnehmen, dass sie im Alter von 19 Jahren infolge eines "Nervenzusammenbruch" nach stattgehabter Trennung ambulant psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt worden sei. Ausserdem könnte eine diagnostizierte Fibromyalgie im jungen Alter Hinweis auf innerlichen Stress sein. Eine indizierte stationäre Behandlung habe die Patientin verweigert, was bei keiner akuten Selbstgefährdung und starker familiärer Unterstützung toleriert worden sei. Eine medikamentöse Behandlung sei anfänglich toleriert und im Verlauf in eigener Regie von der Beschwerdeführerin gestoppt worden. Es bestehe eine medikamentöse Mal-Compliance. Von der Verhaltenspsychotherapie alle zwei bis vier Wochen könne die Beschwerdeführerin am meisten profitieren.

4.17 Im Bericht des AD.____ vom 12. Juli 2022 (Suva-Nr. 175), elektronisch freigegeben von Dr. med. AE.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. AF.____, Fachärztin für Neurologie, AG.____, Physiotherapeut ZSM, sowie AH.____, Psychologin ZSM, werden folgende Diagnosen gestellt:

- M54.85 Chronische Schmerzen im Bereich des Rückens thorakal (zwischen Schulterblättern) und lumbal bds., a.e. nozizeptiv
- M54.82 Chronische Schmerzen im Bereich der HWS bds., a.e. nozizeptiv
- M54.84 Belastungsabhängige Schmerzen im Thorakalbereich bds., a.e. nozizeptiv dd myofaszial
- M79.66 Chronische Schmerzen im Bereich der Knie bds., a.e nozizeptiv
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- F32.1 Mittelgradige depressive Episode
- V. a. F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen
- G82.03 Chronische inkomplette sensomotorische Paraplegie/ Paraparese der Beine bds. (AIS C) dd funktioneller Genese mit/bei
- St. n. Auffahrunfall 09/2020 ohne Nachweis einer strukturellen Läsion

Im Bericht wird ausgeführt, dass die Untersuchung und Beurteilung interdisziplinär durch die Fachdisziplinen Neurologie, Physiotherapie und Schmerzpsychologie erfolgt sei. Aus neurologischer Sicht seien die Ursachen der Rückenschmerzen thorakal und lumbal ohne Ausstrahlung, der Schmerzen im Brustbereich bds. sowie im Bereich der rechten Hand (Finger I bis III) einschliesslich Handgelenk und schliesslich der Nackenschmerzen bds. mit teilweise Ausstrahlung nach kranial neurologisch nicht zuordenbar. Am ehesten sei von nozizeptiven Schmerzen, bei den Rückenschmerzen, Schmerzen im Brustbereich und im Bereich der Hand differentialdiagnostisch auch von myofaszialen Schmerzen auszugehen. In der physiotherapeutischen Untersuchung habe sich ein grossflächig ausgeprägtes, chronisches Schmerzbild gezeigt. Dieses sei von einer zentralen Sensibilisierung mit noziplastischem Schmerzgeschehen geprägt. Es zeige sich auch schon nur bei Berührung im zervikalen/thorakalen/lumbalen Bereich eine Hyperalgesie. Aus schmerzpsychologischer Sicht könnten die Symptome der Beschwerdeführerin im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) eingeordnet werden. Die Beschwerdeführerin berichte über psychosoziale Belastungsfaktoren wie der aufgrund der Schmerzen erfolgte Lehrabbruch und die damit einhergehende unsichere berufliche Perspektive. Die Beschwerdeführerin wirke ausserdem aufgrund der für sie sehr beeinträchtigenden Situation emotional stark belastet. Sie sehe sich weiter mit einer veränderten Rolle in der Familie konfrontiert, die mit Schuldgefühlen und Sorgen verbunden sei. In Bezug auf komorbide Störungen zeigten sich affektive Symptome (reduzierter Antrieb, Interessen- und Freudverlust, Konzentrationsprobleme), die als depressive Episode aufzufassen seien. Die Symptome seien aktuell mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F32.1). Hinsichtlich der seit dem Unfall bestehenden Beinparese sei von einem hochgradigen Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung (V. a. ICD-10: F44.4) auszugehen. Ein morphologisches Korrelat für die funktionale Lähmung habe nicht festgestellt werden können. Die Diagnose sei bereits von den Kollegen der R.____ als Verdachtsdiagnose während des rehabilitativen Aufenthaltes 2020 gestellt worden. Gemäss

ICD-10 sei für die definitive Diagnosestellung ein psychologisch auslösender Faktor, der im zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der Störung liege, notwendig. Zwar würden die biografischen Angaben sowie gynäkologischen Diagnosen der Patientin durchaus Hinweise für das Bestehen von solchen möglichen inneren Konflikten geben. Jedoch habe dies im Rahmen eines einmaligen Gesprächs heute nicht zweifelsfrei festgestellt werden können, weshalb die Diagnose weiterhin nur im Rahmen eines Verdachtes bestehen bleiben könne.

5.

5.1 Die Beschwerdeinstanz hat gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in der Regel ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_716/2020 vom 17.2.2021 E. 6.1). Vorliegend sah das Versicherungsgericht die Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens darin begründet, dass die ärztliche Beurteilung von Kreisarzt Dr. AC.____ vom 13. Oktober 2021 (Suva-Nr. 129), auf die sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) hauptsächlich stützte, nicht hinreichend beweiskräftig war, um die Ansprüche der Beschwerdeführerin abschliessend zu beurteilen. Zum einen lagen der Stellungnahme von Dr. AC.____ nur Arztberichte zugrunde, die nach dem Unfall der Beschwerdeführerin vom 8. September 2020 erstellt wurden. In den mit Verfügung vom 18. Januar 2023 (A.S. 23) vom Versicherungsgericht edierten IV-Akten finden sich zahlreiche Arztberichte, die vor dem Unfall verfasst wurden, entsprechend über den Vorzustand der Beschwerdeführerin Auskunft geben und bei der Beurteilung der Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin ebenfalls zu berücksichtigen gewesen wären. Im Sprechstundenbericht des AI.____ des C.____ vom 6. Dezember 2019 (IV-Akten Nr. 29 S. 81 ff.), elektronisch visiert von Dr. med. AJ.____, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. AK.____, Stationsärztin, wird u.a. die Diagnose Fibromyalgie gestellt. Eine Fibromyalgie könnte gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung der W.____ vom 6. April 2021 (Suva-Nr. 70) insofern von Bedeutung sein, als Organe, die bei einer früheren Belastung bereits Beschwerden verursachten, bei einer späteren Belastung sensibler reagieren (locus minoris resistentiae). Die notwendige Auseinandersetzung mit der Diagnose der Fibromyalgie fand in der Stellungnahme von Dr. AC.____ nicht statt. Zum anderen ist festzuhalten, dass zwischen der am

E. 14

Oktober 2021 von der Beschwerdegegnerin verfügten Leistungseinstellung (Suva-Nr. 131) und ihrem Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2022 eine Zeitspanne von über einem Jahr liegt, während der zwei neue Arztberichte ■ einerseits die Stellungnahme von Dipl. Ärztin AB.____ vom 1. November 2021 (Suva-Nr. 148), andererseits der Bericht des AD.____ vom 12. Juli 2022 (Suva-Nr. 175) ■ mit neuen Befunden und Diagnosen zu den Akten gegeben wurden. Die Beschwerdegegnerin wäre deshalb gehalten gewesen, zumindest eine neue Beurteilung des Kreisarztes einzuholen. Der Sachverhalt erwies sich im Rahmen der Beweiswürdigung als unzureichend abgeklärt. Die Einholung eines Gerichtsgutachtens war somit notwendig und gerechtfertigt.

5.2 Das Versicherungsgericht erteilte der H.____ den Auftrag, ein polydisziplinäres Gutachten über die Beschwerdeführerin in den Bereichen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie zu erstellen. Das Gutachten der H.____ datiert vom 5. Mai 2024 (A.S. 42 ff.). Zur Klärung der Frage, ob es sich dabei um eine verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlage handelt, gilt es im Folgenden den Beweiswert des Gutachtens zu prüfen:

5.3

5.3.1 Im internistischen Teilgutachten von Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom 19. März 2024 (A.S. 74 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1.keine

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

2.keine

Der Diagnosestellung von Dr. D.____ liegen die Vorakten der Beschwerdegegnerin, die vom Versicherungsgericht edierten IV-Akten, die zusätzlich beigebrachten Berichte des AL.____ (A.S. 166 ff.), darunter insbesondere der Konsultationsbericht der AM.____ vom 8. August 2023, wonach sich labordiagnostisch keine Hinweise auf eine entzündliche oder immunologische Erkrankung gezeigt hätten, die Befragung der Beschwerdeführerin vom 19. März 2024 sowie das im Nachgang zur Befragung von der AN.____ erstellte, im Ergebnis negative Drogenscreening vom 21. März 2024 (A.S. 165) zugrunde. Internistisch relevante Befunde werden im Gutachten keine erhoben.

5.3.2 Was die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrifft, so hält Dr. D.____ in seinem Gutachten bloss fest, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall mit Fremdverschulden arbeitsunfähig und im Rollstuhl sei. Eine weitergehende Auseinandersetzung mit der Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin findet sich in seinem Gutachten nicht. Angesichts dessen, dass Dr. D.____ keine Diagnosen stellt, kann davon ausgegangen werden, dass aus internistischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bestehen.

5.3.3 Die Begutachtung der Beschwerdeführerin durch Dr. D.____ erweist sich vor dem Hintergrund des zusätzlich beigezogenen Konsultationsberichts der AM.____ des AL.____ vom 8. August 2023 (A.S. 166 ff.) gerade noch als hinreichend beweiswertig. Diesem Bericht zufolge unterzog sich die Beschwerdeführerin in der Zeit von Februar bis Juni 2023 mehreren Untersuchungen ■ insbesondere einer einlässlichen Blut- und Stuhldiagnostik, einem MRI des Schädels und der Wirbelsäule sowie einer Elektroneuromyographie (ENMG) ■, die aus internistischer Sicht unauffällig blieben. Da sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seither stabil zeigte, drängten sich bis auf das Drogenscreening keine weiteren internistischen Untersuchungen auf. Im Ergebnis kann das Gutachten von Dr. D.____ deshalb als konsistent und einleuchtend bezeichnet werden. Im Weiteren ist anzumerken, dass Dr. D.____ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM befähigt ist, eine Expertise zu erstellen und in diesem Zusammenhang die notwendigen Untersuchungen zu bestimmen.

5.4

5.4.1 Im neurologischen Teilgutachten von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom 26. März 2024 (A.S. 82 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1.St. n. Verkehrsunfall mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 08.09.2020 mit / bei

-V. a. HWS-Distorsion, ohne begleitende MTBI / Commotio cerebri

-St. n. posttraumatischem Zervikalsyndrom

-ohne Nachweis einer persistierenden Funktionsstörung der HWS

-kein Nachweis einer anhaltenden strukturellen Schädigung der Wirbelsäule, kein Nachweis einer Kompromittierung neuraler Strukturen

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

2.Funktionelle neurologische Störung

-funktionelle Paraplegie ohne organisches Substrat

3.Panvertebrales Schmerzsyndrom

-ohne Nachweis einer Schädigung von Rückenmark und / oder Nervenwurzeln

4.Regrediente schmerzbedingte Funktionsstörung der rechten oberen Extremität

-ohne relevantes neurologisches Substrat, anamnestisch leichtes Carpal tunnel syndrome rechts (Befund Frau Dr. Q.____ 05/2021)

5.Episodischer Spannungskopfschmerz

6.Vorzustand mit chronischem unspezifischen panvertebralem Schmerzsyndrom seit 2016, anamnestisch Fibromyalgie-Verdacht

Dr. E.____ führt in seinem Teilgutachten aus, dass sich unter Berücksichtigung der gesamten Datenlage aus neurologischer Sicht eine organische Ursache der anhaltenden Beschwerden nicht nachweisen lasse. Eine unfallbedingte Ursache der andauernden Beschwerden und Funktionseinschränkungen sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Auch eine anderweitige, nicht-traumatische neurologische Erkrankung sei weitgehend unwahrscheinlich. Die Beschwerdeführerin habe beim Unfall vom 8. September 2020 überwiegend wahrscheinlich ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma mit HWS-Distorsion erlitten, jedoch ohne cerebrale Verletzungsbeteiligung. Dies plausibilisiere vorübergehende Nackenbeschwerden. Es bestehe jedoch eine erhebliche funktionelle Beschwerdeüberlagerung mit panvertebralem Schmerzsyndrom und sensomotorischer Paraplegie, die mit dem Unfallereignis nicht erklärt werden könne. Dass die grundsätzlich plausible posttraumatische HWS-Funktionsstörung nur vorübergehender Natur gewesen sei, werde auch durch die im Verlauf eingetretene Normalisierung der HWS-Beweglichkeit dokumentiert.

5.4.2 Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hält Dr. E.____ in seinem Teilgutachten fest, dass eine anhaltende Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht mit somatisch-neurologischen Faktoren begründet werden könne. Als Folge des am 8. September 2020 erlittenen kraniozervikalen Beschleunigungstraumas sei eine

vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei plausibler transitorischer Funktionsstörung der HWS zu attestieren. Deren genauer zeitlicher Verlauf sei angesichts der deutlich überlagerten funktionellen Störung schwierig abzugrenzen. Arbiträr könne infolge des kraniozervikalen Beschleunigungstraumas eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % während drei Monaten angenommen werden, danach während weiteren drei Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Ab dem 8. März 2021 könne mit rein somatisch-neurologischen Faktoren eine weiter andauernde Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht begründet werden. Es sei im gesamtmedizinischen Kontext unter massgeblicher Berücksichtigung der psychiatrischen Beurteilung zu entscheiden, inwieweit die funktionelle, wahrscheinlich dissoziativ bedingte Störung zu einer weiteren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führe.

5.4.3 Dr. E.____ stützt sich in seinem Gutachten auf die Vorakten der Beschwerdegegnerin, die vom Versicherungsgericht edierten IV-Akten, die zusätzlich beigebrachten Berichte des AL. ____ (A.S. 166 ff.) sowie die eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 20. März 2024. Die von Dr. E.____ gestellten Befunde und Diagnosen sind entsprechend fundiert begründet. Die im Gutachten erläuterten medizinischen Zusammenhänge und Schlussfolgerungen von Dr. E.____ sind schlüssig und nachvollziehbar. Als Facharzt für Neurologie und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM kommt ihm zweifellos die notwendige Expertise zu, um ein neurologisches Gutachten zu erstellen. Sein Gutachten erfüllt sämtliche Anforderungen, die seitens der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten gestellt werden.

5.5

5.5.1 Im orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom 21. März 2024 (A.S. 116 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

-keine

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

-unklare Beinparese bds. nach Autoauffahrunfall am 08.09.2020

Dr. F.____ führt in seinem Teilgutachten aus, dass die Beschwerdeführerin im Rollstuhl zur klinischen Untersuchung erscheine, mit dem sie sehr flink zurechtkomme. Liegend präsentierten sich bei der Beschwerdeführerin ausgeglichene Beinlängen. Die Wirbelsäule sei sitzend im Lot. Es bestünden keine Hinweise auf eine relevante Skoliose. Die aktive HWS-Beweglichkeit sei in allen Ebenen frei. Die BWS-Beweglichkeit sei infolge der eingeschränkten Rücken- und Rumpfstabilisation nicht konklusiv beurteilbar, auch die LWS-Beweglichkeit sei nicht konklusiv beurteilbar. Global bestünde aber im spontanen Verhalten keine relevante Beweglichkeitseinschränkung der Wirbelsäule. Die Untersuchung der unteren Extremitäten zeige liegend eine druckindolente Hüfte bds. Flexion/Extension betragen je 140/0/0°, Innen-/Aussenrotation 30/0/50°, Abduktion je 50°. Die Impingementzeichen seien bds. negativ. Der SLR-Test (Straight Leg Raise-Test) in Rückenlage bds. sei im Rahmen der Beinparese nicht durchführbar. Das Lasègue-Zeichen sei bds. negativ, der Langsitz gut möglich. Die Kniegelenke seien bds. ergussfrei, bds. zeige sich jedoch eine peripatelläre Druckdolenz und auch ein Patellaschiebeschmerz. Über dem medialen und lateralen Gelenkspalt gebe es keine Druckdolenz. Flexion/Extension betragen

je 140/0/1°. Es seien keine Meniskuszeichen feststellbar. Die mediolaterale und sagittale Bandstabilität sei bds. regelrecht. Die Muskelrophik betrage 5 und 10 cm oberhalb des oberen Patellapols und 10 cm unterhalb des unteren Patellapols, links 42 cm, 47 cm und 34 cm, rechts 41 cm, 46 cm und 32 cm. Sitzend zeige sich eine unauffällige Überprüfung der Rück-, Mittel- und Vorfussgelenke bei allseits regelrechter Stabilität und Beweglichkeit. Es sei keine Druckdolenz feststellbar. Die Fussbeschwielung sei symmetrisch schwach ausgebildet, zeige jedoch keine Druckstellen. Es sei keine relevante Weichteilschwellung erkennbar. Hinsichtlich der Sensibilität gebe die Versicherte an, keinerlei Gefühl in den Beinen zu haben, jedoch Schmerzen im Bereich beider Kniescheiben zu verspüren.

5.5.2 Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hält Dr. F.____ in seinem Teilgutachten fest, dass aus rein orthopädischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Entsprechend sei der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch in ihrer angestammten Tätigkeit im Büro ein 100%-Pensum zumutbar.

5.5.3 Dr. F.____ stützt sich in seinem Gutachten auf die Vorakten der Beschwerdegegnerin, die vom Versicherungsgericht edierten IV-Akten, die zusätzlich beigebrachten Berichte des AL.____ (A.S. 166 ff.) sowie die einlässliche eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 21. März 2024. Seine Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind konsistent und schlüssig. Nachdem er im Rahmen der Befunderhebung keine relevante orthopädische Diagnose stellen konnte, leuchtet ein, dass er der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit attestiert. Dr. F.____ ist als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM zweifellos befähigt, eine Expertise zu erstellen. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern sein Gutachten beanstandet werden könnte.

5.6

5.6.1 Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom 10. April 2024 (A.S. 132 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Dissoziative Störung der Bewegung und der Empfindung (F44.4/6)

2. St. n. möglicher posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1)

3. Depressive Störung remittiert (F32)

4. Mögliche Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (F45.41)

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

5. Keine

Dr. G.____ führt in seinem Teilgutachten aus, dass im Vordergrund eine Lähmung beider Beine mit Sensibilitätsstörung stehe, die seit dem Unfall vom September 2020 persistiere und trotz therapeutischer Massnahmen nie habe beeinflusst werden können. Eine körperliche Ursache für diese Lähmung und Empfindungsstörung habe nie nachgewiesen werden können. Es falle heute zwar etwas auf, wie die Beschwerdeführerin trotz dieser Behinderung psychisch [nur] wenig beeinträchtigt wirke, doch in der Vergangenheit habe sie mit deutlichen depressiven Verstimmungen reagiert. Heute zeigten sich bei der

Beschwerdeführerin Hinweise auf eine affektive Labilisierung bei belastenden Themen. Es könne dadurch keine klare Belle indifférence festgehalten werden. Inwieweit ein ursächlicher unbewusster Konflikt eine Rolle bei der Entstehung dieser Störung spiele, habe sich bisher nicht eruieren lassen. Allgemein werde ein solcher allerdings als Ursache einer derartigen Störung gesehen. Es sei anzunehmen, dass es sich um eine Folgestörung einer möglichen posttraumatischen Belastungsstörung handle. Differentialdiagnostisch könnte eine Simulation in Betracht gezogen werden, wobei angesichts des jahrelangen Verlaufes und der Konstanz sowie den erheblichen Beeinträchtigungen eine Simulation auszuschliessen sei. Was die mögliche posttraumatische Belastungsstörung betrifft, so hält Dr. G.____ fest, dass das Vollbild einer solchen nie ganz erfüllt gewesen zu sein scheine, doch hätten sich Symptome gezeigt, die im Zusammenhang mit einer derartigen Störung stehen könnten. Die Beschwerdeführerin habe den Unfall als bedrohlich erlebt und habe dann lange unter Alpträumen, Flashbacks und Vermeidungsverhalten gelitten. Heute würden nur noch selten Flashbacks in spezifischen Situationen auftreten, von denen sich die Beschwerdeführerin gut selbst erholen könne. Der Schlaf habe sich wieder reguliert, es träten auch keine Alpträume mehr auf. Es falle ihr wohl zeitweise schwer, das Auto zu benutzen in gewissen Situationen, doch benütze sie es täglich, ein eigentliches Vermeidungsverhalten lasse sich nicht eruieren. Beim Erzählen über den Unfall zeige sich noch eine Affektlabilität, was als Restsymptomatik interpretiert werden könne. Die Beschwerdeführerin habe einige Zeit unter einer depressiven Störung gelitten, die in den Unterlagen als schwergradig und im Verlauf dann als mittelgradig eingestuft worden sei. Es hätten sich vor allem eine gedrückte Stimmung mit Selbstvorwürfen, Appetitstörungen und Gewichtsabnahme gezeigt, was heute nicht mehr zu beobachten sei. Die Beschwerdeführerin könne sich aktivieren und sei in der Lage, sich zu freuen. Die Stimmung sei nicht dauerhaft eingeschränkt. Es könne daher eine Remission dieser Störung angenommen werden. Im Weiteren bestehe eine Rückenschmerzproblematik, die aus somatischer Sicht im angegebenen Ausmass nicht ohne weiteres nachvollzogen werden könne. Es falle auf, dass die Beschwerdeführerin keine medikamentösen Massnahmen diesbezüglich einsetze, es würden aber physiotherapeutische Massnahmen durchgeführt zur Kräftigung der Rücken- und Rumpfmuskulatur. Es sei anzunehmen, dass eine psychogene Mitüberlagerung bestehe, weswegen eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren in Betracht gezogen werden müsse. Bezüglich der Persönlichkeitsstruktur hätten sich bei der Untersuchung keine Auffälligkeiten eruieren lassen. Hinweise auf eine Persönlichkeitspathologie hätten sich keine finden lassen.

5.6.2 In den Antworten der Gutachter zu den Fragen 6 und 7 des Fragenkatalogs des Versicherungsgerichts (A.S. 156 f.) wird zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgeführt, dass ihr aus rein psychiatrischer Sicht die angestammte Tätigkeit [im Büro] wieder möglich sein sollte. Eine Einschränkung lasse sich nicht mehr nachvollziehen. Es sei in der Vergangenheit auch nie klar Stellung bezogen worden zur Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Eine zusätzliche Leistungseinschränkung könne aufgrund des psychischen Zustands nicht angenommen werden. Ein Arbeitsplatz müsste derart beschaffen sein, dass die Beschwerdeführerin mit dem Rollstuhl arbeiten könne und sie keine gehenden Tätigkeiten verrichten müsse.

5.6.3 Dem Gutachten von Dr. G.____ liegen die Vorakten der Beschwerdegegnerin, die vom Versicherungsgericht edierten IV-Akten, die zusätzlich beigebrachten Berichte des AL.____ (A.S. 166 ff.) sowie die eingehende eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin

vom 8. April 2024 zugrunde. Das Gutachten vermag sowohl in seiner Herleitung als auch in seinem Ergebnis zu überzeugen. Die von Dr. G.____ erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen sind angesichts der psychiatrischen Vorgeschichte der Beschwerdeführerin konsistent und nachvollziehbar. Als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM verfügt Dr. G.____ offensichtlich über die erforderliche Expertise für ein psychiatrisches Gutachten. Auch das Gutachten von Dr. G.____ vermag sämtliche Anforderungen zu erfüllen, die seitens der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten gestellt werden.

5.7 Die Ergebnisse der einzelnen Teilgutachten werden in den Antworten der Gutachter zum Fragenkatalog des Versicherungsgerichts (A.S. 151 ff.) schlüssig zusammengefasst. Aus neurologischer und orthopädischer und damit rein somatischer Sicht hätten bei der Begutachtung keine unfallbedingten pathologischen Befunde objektiviert werden können. Aus psychiatrischer Sicht sei dagegen anzunehmen, dass die Schmerzentwicklung durch den Unfall ungünstig beeinflusst worden sei und zur Förderung einer Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren geführt habe. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wird gestützt auf das neurologische Teilgutachten sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit unfallbedingt während drei Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und anschliessend während weiteren drei Monaten von 50 % angenommen. Eine weitergehende unfallkausale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin lasse sich nicht begründen. Die sich aus der Gesamtbetrachtung ergebenden Zusammenhänge und Schlussfolgerungen werden von den Gutachtern nachvollziehbar begründet und vermögen entsprechend zu überzeugen. Das Gutachten der H.____ erweist sich somit als voll beweiswertig.

6.

6.1 Die Frage, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und einem Unfall besteht, kann gemäss bundesgerichtlicher Praxis bei Verneinung der adäquaten Kausalität offen gelassen werden (BGE 147 V 207 E. 6.1, 135 V 465 E. 5.1). Da die Adäquanz der Unfallkausalität der organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden der Beschwerdeführerin, wie nachfolgend gezeigt wird, zu verneinen ist, kann die Frage nach der natürlichen Kausalität vorliegend somit offen bleiben.

6.2 Im Zusammenhang mit der Prüfung der adäquaten Kausalität bringt die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 9. Januar 2023 (A.S. 14 ff.) vor, die Beschwerdegegnerin gehe falsch in der Annahme, dass vorliegend die Psycho-Praxis zur Anwendung gelange. Bei der Beschwerdeführerin liege das typische Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma vor. Die Lähmung sei nichts anderes als eine besonders eindrückliche Form des Beschwerdebildes nach HWS-Verletzung bei stattgehabtem Schleudertrauma. Dass die Lähmung keinem organischen Korrelat zugewiesen werden könne, führe nicht zur Anwendung der Psycho-Praxis.

6.3 Bei der Beurteilung der Adäquanz organisch nicht (hinreichend) nachweisbarer Unfallfolgeschäden ist rechtsprechungsgemäss wie folgt zu differenzieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_12/2016 vom 1. Juni 2016 E. 7.1 mit Hinweisen): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, so gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa

(Psycho-Praxis) zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 E. 6a und BGE 117 V 369 E. 4b festgelegten, mit BGE 134 V 109 E. 10.2 f. modifizierten Kriterien (Schleudertrauma-Praxis). Gleiches gilt, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS- oder Schädelhirntraumas gehören. Erforderlichenfalls ist vor der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blosse Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist nur dann im Sinne von BGE 123 V 98 E. 2a unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu beurteilen, wenn die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweist. Wird die zitierte Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 98 in einem späteren Zeitpunkt angewendet, ist zu prüfen, ob im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Nur wenn dies zutrifft, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133 E. 6c/aa) zu beurteilen.

6.4 Zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas gehören rechtsprechungsgemäss Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. (BGE 119 V 335 E. 1). Diese Aufzählung ist zwar nicht abschliessend, wie sich aus der Wendung «usw.» ergibt. Gleichwohl ergibt sich aus ihr die ratio, dass ein Symptom nur dann als typisch gelten kann, wenn es in der klinischen Praxis in einer gewissen Häufigkeit vorkommt. In der medizinischen Literatur findet sich ein breites Spektrum an typischen Symptomen nach einem Schleudertrauma, allen voran Nackenschmerzen als häufigstes Symptom, oft einhergehend mit Kopfschmerzen, eingeschränkter Beweglichkeit der HWS sowie ausstrahlenden Schmerzen in Schultern und Arme. Nicht selten werden nach einem Schleudertrauma auch vegetative Begleitsymptome wie Übelkeit, Schwindel oder Ohrgeräusche beklagt. Auch subjektive Gefühlsempfindungsstörungen wie Kribbelmissempfindungen oder Taubheitsgefühle sowie subjektiv empfundener Kraftverlust im Bereich der Arme und/oder Finger können nach einem Schleudertrauma auftreten (vgl. statt vieler Isabel Mazzotti/Marcus Schiltenswolf, Begutachtung von Schmerzen und Beschwerden, in: Kuno Weise/Marcus Schiltenswolf (Hrsg.), Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg 2014, S. 249). Nicht als typisches Symptom findet sich in der medizinischen Literatur hingegen die Lähmung der unteren Extremitäten. Eine solche kann zwar ebenfalls Folge eines Schleudertraumas sein, dies jedoch nur in seltenen schweren Fällen, etwa wenn eine Tetrasymptomatik vorliegt, die morphologisch durch eine Markkontusion, evtl. sogar

Markdurchtrennung, durch eine Schädigung der Medulla oblongata bzw. des untersten Hirnstamms oder durch mögliche Schädelbasis- oder Kopfgelenkbrüche gekennzeichnet ist (vgl. Martin Tegenthoff et al., Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule, S1-Leitlinie, 2020, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, Version 2, vollständig überarbeitet: 23. August 2020, gültig bis: 22. August 2025, Tabelle 2 auf S. 14, abrufbar unter www.dgn.org/leitlinien, zuletzt besucht am 11. Februar 2025). Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin ist in der Lähmung der unteren Extremitäten somit kein typisches Symptom eines Schleudertraumas zu erkennen.

6.5 Inwieweit die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 8. September 2020 unter typischen Symptomen eines Schleudertraumas litt, ist unklar. Die Aktenlage erweist sich als widersprüchlich. Im Notfallbericht des C. ___ vom 9. September 2020 (Suva-Nr. 15) ■ siehe oben Ziff. 4.3 ■ wird zu den Beschwerden ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin initial keine Schmerzen gehabt habe, im Verlauf des Unfallabends jedoch Schmerzen in der rechten Hand aufgetreten seien, die bis in die Schulter aufgestiegen seien. Aktuell habe sie starke Schmerzen an der HWS und LWS sowie am Handgelenk rechts, weshalb sie sich schmerzbedingt kaum bewegen können. Übelkeit, Schwindel, Kopf- und Thoraxschmerzen werden im Bericht explizit verneint. Zwischen der diffusen, ausgeprägten Schmerzsymptomatik und der klinischen Beweglichkeit bei unbewussten Bewegungen habe eine Diskrepanz bestanden. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma von Dr. O. ___ vom 30. September 2020 (Suva-Nr. 13) ■ siehe oben Ziff. 4.5 ■ wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin auf Nachfrage hin berichtet habe, innert drei Stunden nach dem Unfall an Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Schwindel und Übelkeit gelitten zu haben. Als weitere Symptome hätten sich nach drei Stunden taube Beine sowie Schmerzen eingestellt. Im Ergebnis lässt sich somit festhalten, dass sich das typische Beschwerdebild eines Schleudertraumas bei der Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 8. September 2020 zumindest teilweise gezeigt hat. Im neurologischen Teilgutachten von Dr. E. ___ vom 26. März 2024 (A.S. 82 ff.) ■ siehe oben Ziff. 5.4 ■ wird zur Symptomatik ausgeführt, dass als Folge des am 8. September 2020 erlittenen kranio-zervikalen Beschleunigungstraumas eine vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei plausibler transitorischer Funktionsstörung der HWS zu attestieren sei. Deren genauer zeitlicher Verlauf sei angesichts der deutlich überlagerten funktionellen Störung ■ gemeint ist die Lähmung der unteren Extremitäten ■ schwierig abzugrenzen. Arbiträr könne infolge des kranio-zervikalen Beschleunigungstraumas eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % während drei Monaten angenommen werden, danach während weiteren drei Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Ab dem 8. März 2021 könne mit rein somatisch-neurologischen Faktoren keine weiter andauernde Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründet werden. Damit hält bereits Dr. E. ___ fest, dass die typische Symptomatik nach einem Schleudertrauma bei der Beschwerdeführerin durch die funktionelle Störung überlagert und in den Hintergrund gedrängt worden sei. Nichts anderes ergibt sich aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. G. ___ vom 10. April 2024 (A.S. 132 ff.) ■ siehe oben Ziff. 5.6 ■, in welchem bezüglich der Lähmung der unteren Extremitäten mit Sensibilitätsstörung die Diagnose einer dissoziativen Störung der Bewegung und der Empfindung (ICD-10 F44.4/6) gestellt wird. Gemäss ICD-10 werden dissoziative Störungen als ursächlich psychogen angesehen, in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. Das heisst, dass dissoziative

Störungen das Ergebnis psychologischer Faktoren sind, oft als Reaktion auf traumatische Erlebnisse oder extreme Stresssituationen. Die Symptome verkörpern häufig das Konzept der betroffenen Person, wie sich eine körperliche Krankheit manifestieren müsste, wohingegen die körperlichen Untersuchungen und die Befragungen keine Hinweise auf eine bekannte somatische oder neurologische Krankheit geben. Im Vergleich zur psychischen Problematik mit der Diagnose einer dissoziativen Störung der Bewegung und der Empfindung tritt das bei der Beschwerdeführerin zumindest teilweise vorhandene typische Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma offensichtlich ganz in den Hintergrund. Entsprechend hat die Adäquanzbeurteilung vorliegend nach der Psycho-Praxis zu erfolgen, d.h., dass die Adäquanzkriterien ■ siehe oben Ziff. 2.3 ■ unter Ausschluss psychischer Aspekte zu prüfen sind. Die diesbezügliche Rüge der Beschwerdeführerin erweist sich insofern als unbegründet.

7.

7.1 Bei der Adäquanzprüfung nach der Psycho-Praxis ist in einem ersten Schritt vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4 mit Hinweisen). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne Weiteres zu verneinen, bei schweren zu bejahen. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, so lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht allein aufgrund des Unfallereignisses schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in die Gesamtwürdigung einzubeziehen. Diese Kriterien sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ist die Adäquanz zu bejahen, wenn vier dieser Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweisen). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im engeren Sinne, müssen drei dieser Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6 mit Hinweisen). Bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen ist die Adäquanz bereits zu bejahen, wenn auch nur eines dieser Kriterien erfüllt ist, gleichgültig, ob dies in besonders ausgeprägter Weise geschieht oder nicht (BGE 115 V 133 E. 6c/bb). Im Übrigen gilt für den gesamten mittleren Bereich, dass das Vorliegen eines einzigen Kriteriums genügt, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb).

7.2 Die Unfallschwere ist nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_435/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2). Gemäss Schadenmeldung UVG vom 16. September 2020 (Suva-Nr. 1) erlitt die Beschwerdeführerin am 8. September 2020 auf der Autobahn A1 bei Wallisellen eine Heckauffahrkollision. In der biomechanischen Kurzbeurteilung der W.____ vom 6. April 2021 (Suva-Nr. 70) wird die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-V) des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin beim Heckanstoß durch das hinter ihr fahrende Fahrzeug mit 10 bis 15 km/h beziffert. Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (statt vieler Urteil des Bundesgerichts U 457/06 vom 16. März 2007 E. 4). Mit Blick auf den Unfallhergang, die biomechanische Kurzbeurteilung, die Fahrzeugschäden und die erlittenen Verletzungen ist vorliegend von einem einfachen Auffahrunfall und damit von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen.

7.3

7.3.1 Damit die adäquate Kausalität vorliegend bejaht werden kann, muss von den in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Form oder mindestens vier in gehäufte Form erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweisen). Die Adäquanzkriterien sind dabei ■ siehe oben Ziff. 2.3 ■ unter Ausschluss psychischer Aspekte zu prüfen, d.h. massgebend sind lediglich die physischen Symptome (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen).

7.3.2 Der Berücksichtigung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffenen Person während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was im einzelnen Betroffenen beim Unfall psychisch vorgeht ■ sofern sich dies überhaupt zuverlässig feststellen liesse ■ soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei Betroffenen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen. Zu beachten ist zudem, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (BGE 148 V 301 E. 4.4.3 mit Hinweisen). Was den Unfall der Beschwerdeführerin vom 8. September 2020 betrifft, so ist festzustellen, dass sich dieser weder durch besonders dramatische Begleitumstände noch durch eine besondere Eindrücklichkeit auszeichnet. Unfallhergang und Schadensausmass deuten vielmehr auf einen gewöhnlichen Auffahrunfall hin. Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist im Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 2. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) daher zu Recht als nicht erfüllt betrachtet worden.

7.3.3 Zu prüfen ist im Weiteren das Merkmal der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen. Die Diagnose einer HWS-Distorsion oder einer anderen adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung genügt für sich allein nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können bspw. in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen

bestehen. Erhebliche Verletzungen, die sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma oder einer anderen adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung beim Unfall zugezogen hat, können ebenfalls bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Gemäss dem von Dr. O. ___ ausgefüllten Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 30. September 2020 (Suva-Nr. 13) erlitt die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 8. September 2020 eine HWS-Distorsion zweiten Grades. Weitere physischen Verletzungen der Beschwerdeführerin sind keine dokumentiert. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist im Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 2. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) daher zu Recht als nicht erfüllt betrachtet worden.

7.3.4 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der physisch bedingten ärztlichen Behandlung ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes und medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 7.3 mit Hinweis). Dem neurologischen Teilgutachten von Dr. E. ___ vom 26. März 2024 (A.S. 82 ff.) zufolge könne arbiträr infolge des kraniozervikalen Beschleunigungstraumas eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % während drei Monaten angenommen werden, danach während weiteren drei Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Ab dem 8. März 2021 könne mit rein somatisch-neurologischen Faktoren eine weiter andauernde Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht begründet werden. Dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. F. ___ vom 21. März 2024 (A.S. 116 ff.) zufolge liegt aus orthopädischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor. Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung fällt damit von vorherein ausser Betracht. Die Beschwerdegegnerin hat dieses Kriterium in ihrem Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) folglich zu Recht verneint.

7.3.5 Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen bedingt organische Beschwerden, die über den gesamten Zeitraum bis zum Fallabschluss andauern (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 6.8 mit Hinweisen). Körperlich imponierende, organisch jedoch nicht hinreichend erklärbare Beschwerden sind dagegen nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2020 vom 9. Juni 2020 E. 4.2.2). Die von der Beschwerdeführerin geklagten unfallbedingten somatischen Beschwerden waren nur anfänglich objektivierbar. Die danach geklagten Beschwerden sind psychogener Natur und folglich nicht zu berücksichtigen, auch wenn sie körperlich imponieren. Das Kriterium ist somit nicht erfüllt.

7.3.6 Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, liegen nicht vor. Auch dieses Kriterium ist somit nicht erfüllt.

7.3.7 Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8 mit Hinweis). Die

Durchführung verschiedener Therapien genügt hierfür nicht. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnte (Urteil des Bundesgerichts 8C_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.6). Ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen hinsichtlich der somatischen Beschwerden sind vorliegend nicht erstellt. Dieses Kriterium ist somit zu verneinen.

7.3.8 Zu verwerfen ist schliesslich auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Erfüllt wäre dieses Kriterium rechtsprechungsgemäss bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit während fast drei Jahren (Urteil des Bundesgerichts 8C_116/2009 vom 26. Juni 2009 E. 4.6). Bei einer rund eineinhalb Jahren dauernden relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde die Erfüllung des Kriteriums hingegen verneint (Urteil des Bundesgerichts 8C_627/2019 vom 10. März 2020 E. 5.4.5). Dem neurologischen Teilgutachten von Dr. E. ___ vom 26. März 2024 (A.S. 82 ff.) zufolge könne arbiträr infolge des kraniozervikalen Beschleunigungstraumas eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % während drei Monaten angenommen werden, danach während weiteren drei Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Ab dem 8. März 2021 könne mit rein somatisch-neurologischen Faktoren eine weiter andauernde Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht begründet werden. Dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. F. ___ vom 21. März 2024 (A.S. 116 ff.) zufolge liegt aus orthopädischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor. Die Dauer der unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrug sechs Monate. Somit ist auch dieses Kriterium nicht erfüllt.

7.3.9 Zusammengefasst ergibt sich somit, dass keines der sieben Adäquanzkriterien erfüllt ist. Die Beschwerdegegnerin hat die adäquate Unfallkausalität des psychischen Leidens der Beschwerdeführerin in ihrem Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) zu Recht verneint.

7.4 Insgesamt kann somit festgehalten werden, dass zwischen dem Unfallereignis vom 8. September 2020 und den beim Fallabschluss per 31. Oktober 2021 von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden kein rechtserheblicher adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die Beschwerdegegnerin hat den Fall folglich zu Recht ohne weitere Leistungen per 31. Oktober 2021 abgeschlossen. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet.

8.

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

8.2 Das Verfahren ist grundsätzlich kostenlos (Art. 61 lit. fbis ATSG). Es besteht kein Anlass, vorliegend von diesem Grundsatz abzuweichen.

8.3

8.3.1 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen, sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4). Art. 45 Abs. 1 ATSG ist insoweit auch im Rechtspflegeverfahren anwendbar (BGE 143 V 269 E. 6.2.1). Ein solcher Fall liegt insbesondere dann vor, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen,

aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2, 139 V 496 E. 4.4).

8.3.2 Vorliegend stützte sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf die ärztliche Beurteilung von Kreisarzt Dr. AC.____ vom 13. Oktober 2021 (Suva-Nr. 129). Wie unter Ziff. 5.1 oben bereits dargelegt, erwies sich diese Beurteilung im Rahmen der gerichtlichen Beweiswürdigung als nicht hinreichend beweismässig, um die Ansprüche der Beschwerdeführerin abschliessend zu beurteilen. Die ungenügende Sachverhaltsabklärung der Beschwerdegegnerin machte die Einholung eines Gerichtsgutachtens notwendig. Die Kosten des polydisziplinären Gutachtens der H.____ vom 5. Mai 2024 (A.S. 42 ff.) in Höhe von CHF 20'254.80 sind deshalb der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Die Beschwerdegegnerin hat sich in ihrer Stellungnahme vom 6. Juni 2024 (A.S. 190 f.) nicht zu den Kosten des Gutachtens geäussert.

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

4. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 20'254.80 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Penon

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.