

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/14 vom 14. Januar 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-01-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2008\\_14](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2008_14)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/14 du 14 janvier 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2008/14 del 14 gennaio 2009

## **Regeste**

Art. 6 UVG. HWS-Distorsionsstrauma nach Auffahrunfall. Zwei Jahre später Feststellung einer fortgeschrittenen Diskusdegeneration, Diskushernie C5/6 sowie Hypermobilität. Adäquanzprüfung. Rückweisung zur Prüfung der natürlichen Unfallkausalität, nach Bejahung der adäquaten Unfallkausalität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Januar 2009, UV 2008/14). Aufgehoben mit Urteil des Bundesgerichts .8C\_172/2009.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 17. Juni 2004 ausgerichtet wurden, auf den 31. Mai 2005 eingestellt werden durften oder nicht. Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 Erw. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergibt die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft 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 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 Erw. 3b).

## E. 2

2.1 Nachdem die Beschwerdeführerin ihre Teilerwerbstätigkeit am 22. Juni 2004 teilweise und am 2. Juli 2004 wieder im bisherigen Umfang aufgenommen hatte, traten erneut Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel, Übelkeit und Müdigkeit auf (G act. 8.1 Z18), so dass ihr ärztlicherseits ab 11. Oktober 2004 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Die Arbeitsstelle wurde ihr am 18. Januar 2005 auf den 30. April 2005 bei gleichzeitiger Freistellung gekündigt (act. G 8.1 Z56). Unterdessen konnte in der Klinik Valens während des Aufenthalts vom 27. Dezember 2004 bis 20. Januar 2005 hinsichtlich der HWS praktisch Beschwerdefreiheit erreicht werden; die weiter andauernde belastende Müdigkeit liess sich jedoch nicht erklären (act. G 8.3 ZM21). Weil die Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindel und Vergesslichkeit wieder zurückkehrten, stand die Beschwerdeführerin bei ihrem Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, sowie ab 11. März 2005 bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, in Behandlung. Dr. D.\_\_\_\_ attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 18. Februar 2005 (G act. 8.3 ZM24, ZM25). Auf Grund einer erneuten Besserung nach einer TCM-Therapie (traditionelle chinesische Medizin) suchte die Beschwerdeführerin ab dem 1. Mai 2005 eine 50%-Stelle, welche sie am 3. Oktober 2005 antrat. Einen Computerkurs der Regionalen Arbeitsvermittlungsstelle (RAV) Rapperswil brach die Beschwerdeführerin schon kurz nach dessen Beginn mit Hinweis auf ihre gesundheitliche Situation ab (act. G 1.2/20). Dr. D.\_\_\_\_ berichtete mit Arztzeugnis vom 30. Dezember 2005, dass der Heilungsverlauf zufriedenstellend sei, die Beschwerdeführerin aber immer noch unter Schmerzen leide, welche jedoch unter Tegretol deutlich hätten gebessert werden können (act. G 8.3. ZM27). Weil nun auch psychische Probleme auftraten, suchte die Beschwerdeführerin am 7. April 2006 Dr. med. C.\_\_\_\_ auf, welcher mit Bericht vom 8. Juli 2006 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD 10 F 43.1) stellte (act. G 8.3 ZM30). Am 21. Juli 2006 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ über eine Schmerzzunahme und Konzentrationsstörungen seit 22. Dezember 2005. Die Beschwerdeführerin sei ab dem 19. Juni 2006 wieder zu 100% arbeitsunfähig (act. G 8.3 ZM28). Bei den neurologischen Untersuchungen vom 18. August 2006 und 6. September 2006 durch PD Dr. med. F.\_\_\_\_ liessen sich keine Hinweise auf ein eindeutiges kognitives Defizit finden. Hingegen wurde eine Trigeminusneuralgie rechts sowie ein Status nach Trigeminusneuralgie links vor einem Jahr diagnostiziert (act. G 8.3 ZM38). Dr. E.\_\_\_\_ meldete der Zürich mit Arztzeugnis vom 14. September 2006 einen Rückfall des zervikozephalen Schmerzsyndroms bei HWS-Distorsionstrauma. Als Befund erhob er eine neuropsychologische Problematik mit noch abzuklärenden Defiziten und rascher Ermüdbarkeit. Es fänden sich eine Druckdolenz der oberen HWS mit muskulärer Verspannung, Schmerzen im Nacken und Kopfbereich,

zum Teil mit neuralgieform wechselnder Intensität sowie andauernde Nausea und Schwindel. Die funktionelle Magnetresonanztomographie (fmri) vom 14. und 17. August 2006 habe eine Läsion im medialen Anteil des rechten Ligamentum alare, einem alten Teilriss entsprechend, festgestellt. Weiter sei der Befund einer fortgeschrittenen Diskusdegeneration, einer medialen breitbasigen Hernie und einer konsekutiven Spinalkanalstenose C5/6 erhoben worden. Im selben Segment bestehe ein sogenanntes "disfunctional intersegmental movement" (DIM) mit segmentaler Kyphose und ventralem Kollaps als Ausdruck einer Stabilitätsminderung (act. G 8.3 ZM32). Die Ärzte des Psychiatriezentrums Werdenberg-Sarganserland diagnostizierten im Bericht vom 14. Juni 2007 eine Anpassungsstörung, eine längere depressive Reaktion (ICD 10 F 43.21) sowie eine Panikstörung (ICD 10 F 41.0). Nachdem die Beschwerdeführerin geheiratet habe und mit ihrem Mann in eine eigene Wohnung gezogen sei, sei es zur Trennung gekommen. Die Beschwerdeführerin habe zunehmend an Angstzuständen und einer depressiven Symptomatik gelitten, was schliesslich am 18. November 2006 zu einem stationären Aufenthalt in der Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers, geführt habe. Auf Grund der psychischen Beschwerden resultiere eine Arbeitsunfähigkeit von 15% (act. G 8.3 ZM41). Gemäss Gutachten des Swiss Medical Assessment- and Business Center (SMAB), Bern, vom 16. April 2008, welches im Rahmen des IV-Verfahrens in Auftrag gegeben wurde, lässt sich das chronifizierte, nach dem Auffahrunfall akut aufgetretene cervikozepale Syndrom auf dem Boden einer Hypermobilität mit Instabilität in den Segmenten C2 bis C4 sowie einem Bandscheibenprolaps C5/6 mit Spinalkanalstenose ohne aktuell nachweisbare radikuläre Symptomatik einordnen. Aus psychiatrischer Sicht wurde die Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD 10 F 32.0) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Die Annahme einer Anpassungsstörung sei mit Blick auf die mittlerweile seit Herbst 2004 bestehende Symptomatik nicht mehr zu begründen, auch wenn psychoreaktive Faktoren, insbesondere die Veränderungen der Lebenssituation mit Arbeitsplatzverlust und Partnertrennung, Erwähnung finden müssten. Ebenso könne die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung von Dr. C.\_\_\_\_ nicht bestätigt werden, weil es an einer Belastung von extremem Ausmass fehle (IV-act. 63 S. 23, 32f). 2.2 In der radiologischen Untersuchung im Stadtspital Waid am Unfalltag liessen sich keine Hinweise auf Frakturen oder ossäre Läsionen an der HWS oder am Schädel finden (G act. 8.3 ZM1, 2). Hinsichtlich der von Dr. med. G.\_\_\_\_ am 14. und 17. August 2006 erhobenen fmri-Befunde (act. G 8.3 ZM32) ist festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung der Beweiswert eines mit funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT; fmri) erhobenen Befundes für die Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach Schleudertraumen der Halswirbelsäule (HWS) und äquivalenten Unfallmechanismen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu verneinen ist (BGE 134 V 231 Erw. 5.2-5.5). Der Befund eines Teilrisses des Ligamentum alare kann deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallbedingte organische Schädigung gelten. Was im weiteren die ebenfalls anlässlich der fmri-Untersuchung festgestellte Diskushernie betrifft, entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger

Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des EVG vom 29. Oktober 2002 i/S S. [U 22/01] Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Es finden sich keine Anhaltspunkte, dass der Unfall vom 17. Juni 2004 die Diskushernie C5/6 und die konsekutive Spinalkanalstenose verursacht haben könnte. Sodann traten unmittelbar nach dem Unfall keine typischen Symptome einer Diskushernie auf. Auch sonst liegen keine klar organisch fassbaren unfallbedingten Ursachen vor. Zwar wurde bereits von Dr. B.\_\_\_\_ ein Zervikalsyndrom diagnostiziert (act. G 8.3 ZM5). Dieses wurde im Verlauf zu einem zervikozephalen Schmerzsyndrom. Indessen wurde mit dieser Diagnose lediglich das Beschwerdebild fassbar gemacht, ohne es dabei eindeutig einem organischen Korrelat zuzuordnen. Nach Lage der medizinischen Akten kann somit ein unfallbedingter organischer Befund nicht als mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen gelten. Hingegen ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 17. Juni 2004 eine Beschleunigungsverletzung der HWS erlitt (vgl. act. G 8.2 ZA1, act. G 8.3 ZM1, 4, 9, 10).

### **E. 3**

3.1 Die Beschwerdeführerin gab gegenüber Dr. B.\_\_\_\_ an, dass eine Bewusstlosigkeit von ca. 30 Minuten bis zum Eintreffen der Ambulanz vorgelegen habe (act. G 8.3 ZM4). Hingegen ist aus dem Bericht des Stadtsitals Waid vom 3. September 2004 nicht klar ersichtlich, ob effektiv eine Amnesie für das Ereignis bzw. eine Bewusstlosigkeit bestanden hatte. Eine Amnesie wurde einerseits verneint, andererseits aber implizit bestätigt, indem deren Dauer als nicht eruierbar vermerkt wurde. Die Beschwerdeführerin habe nicht erbrechen müssen. Sie habe unmittelbar nach dem Unfall an Wortfindungsstörungen gelitten (act. G 8.3 ZM1). Die Diagnose einer Commotio cerebri (act. G 8.3 ZM1) wurde von den Ärzten der Klinik Valens sowie des SMAB nicht bestätigt (act. G 8.3 ZM 21; act. G 15. 1 IV 63-22/34). Bei fehlender Bewusstlosigkeit und Kopfanprall lediglich an der (weichen) Nackenstütze (act. G 8.3 ZM4) sowie unklarer Aktenlage über eine mögliche Amnesie ist eine Commotio cerebri nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

3.2 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegen (BGE 117 V 359 Erw. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 Erw. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 Erw. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss jedoch nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 Erw. 5e).

3.3 Gemäss dem Bericht des Stadtsitals Waid vom 3. September 2004 beklagte die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung nach dem Auffahrunfall lokal begrenzte Kopf- und Nackenschmerzen sowie leichte Druckschmerzen an der HWS (act. G 8.3. ZM1). Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach cranio-zervikalem

Beschleunigungstrauma gab die Beschwerdeführerin an, sofort nach dem Unfall an Kopfschmerzen bzw. eine Stunde später an Schwindel und Übelkeit gelitten zu haben. Vor dem Unfall habe sie selten (einmal pro Monat) an Kopfschmerzen gelitten (act. G 8.3 ZM4). Am 22. Juli 2004 stellte Dr. B. \_\_\_ fest, dass ein Zervikalsyndrom rechtsbetont sowie Konzentrationsstörungen vorlägen (act. G 8.3 ZM5). Die Cranio-Sakraltherapeutin I. \_\_\_, Zürich, welche die Beschwerdeführerin seit dem Unfall betreute, bestätigte im Bericht vom 22. September 2004, dass diese wegen starken Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen sowie Schwindelbeschwerden bei ihr in Behandlung sei. Nach anfänglicher Besserung der Beschwerden seien wieder massive Nackenschmerzen aufgetreten, nachdem die Beschwerdeführerin Ende Juli ein grosses Gewicht getragen habe (act. G 8.3 ZM9). Die Unfallkausalität der Beschwerden wurde vom Vertrauensarzt Dr. med. H. \_\_\_, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, am 22. Dezember 2004 bestätigt. Er ordnete hingegen die geklagten Beschwerden einer vegetativen Dystonie zu, welche sich nicht selten nach HWS-Distorsionen entwickeln würde (act. G 8.3 ZM16). Die Beschwerden des cervikozephalen Schmerzsyndroms dauerten in der Folge an. Angesichts der Aktenlage kann vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall gesprochen werden, das mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten ist. Entsprechend anerkannte die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin bis zum 31. Mai 2005. Im SMAB-Gutachten vom 16. April 2008 wurde das chronifizierte, nach dem Auffahrunfall akut aufgetretene cervikozepale Syndrom auf dem Boden einer Hypermobilität der Segmente C2 bis C4 sowie einem Bandscheibenprolaps C5/6 mit Spinalkanalstenose ohne aktuell nachweisbare radikuläre Symptomatik eingeordnet (IV-act. 63 S. 23). Zur Frage der (teilweisen) Unfallkausalität der Beschwerden äusserten sich die SMAB-Gutachter nicht.

#### **E. 4**

4.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 Erw. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG vom 18. Dezember 2003 i/S Z. [U 258/02], vom 25. Oktober 2002 i/S L. [U 143/02] und vom 31. August 2001 i/S O. [U 285/00] ).

4.2 Die Beschwerdeführerin litt seit dem Unfall vom 17. Juni 2004 an Kopf- und Nackenschmerzen, Konzentrationsstörungen, Schwindel und Nausea. Die Beschwerden hinsichtlich der HWS besserten sich während des stationären Aufenthaltes in der Klinik Valens, kehrten jedoch wenige Wochen nach dem Austritt wieder zurück. Die allgemeine

Beschwerdesymptomatik konnte durch die erwähnte TCM-Behandlung verbessert werden, so dass Dr. E.\_\_\_\_ eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigte, damit die Beschwerdeführerin einen Arbeitsversuch starten konnte (act. G 1.2/19). Im Rahmen des von der Beschwerdeführerin vom 8. bis 12. August 2005 besuchten Computerkurses kehrten die Beschwerden jedoch wieder zurück. Sie brach den Kurs ab, um den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben nicht zu gefährden (vgl. act. G 1.2/20). Wie aus den Arztberichten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2005 und 21. Juli 2006 hervorgeht, traten auch in der Folgezeit Schmerzen auf (act. G 8.3 ZM27f). Gemäss E-Mail vom 20. Juni 2006 musste sich die Beschwerdeführerin nach der Arbeit jeweils für den Rest des Tages hinlegen und ausruhen (vgl. act. G 8.2 Z80). Ab dem 19. Juni 2006 wurde ihr wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, weil die Beschwerden des zervikozephalen Schmerzsyndroms wieder umfassend vorhanden waren (act. G 8.3 ZM28). Neben somatischen Beschwerden litt die Beschwerdeführerin gemäss Bericht des Psychiatriezentrums Werdenberg-Sarganserland vom 14. Juni 2007 nach dem Unfall an Angstzuständen und zunehmend an einer depressiven Symptomatik (act. G 8.3 ZM41).

4.3 Streitig und zu prüfen ist konkret der Zeitraum vom 1. Juni 2005 (Leistungsstellung) bis 10. Januar 2008 (Datum des angefochtenen Entscheids). Gestützt auf die dargelegten medizinischen Akten kann die Frage, ob es sich bei den auch nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (1. Juni 2005) bestehenden Gesundheitsstörungen um eine natürliche (Teil-)Folge des versicherten Unfalls handelt, nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beantwortet werden. Eine Rückweisung der Sache zwecks weiterer Abklärung des natürlichen Zusammenhangs würde sich aber erübrigen, wenn es an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs fehlt. Die Adäquanz ist daher vorweg zu prüfen. Sie beurteilt sich nach Massgabe der in BGE 117 V 359 Erw. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien. Dabei ist auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten, fehlt es doch nach Lage der Akten an einer Dominanz psychischer Probleme (vgl. BGE 123 V 98 Erw. 2a). Letzteres trifft sowohl bezogen auf den Einstellungszeitraum als auch die Zeit danach zu, zumal das Psychiatriezentrum Werdenberg-Sarganserland noch im Bericht vom 14. Juni 2007 neben psychischen Beschwerden auf körperliche Symptome verwiesen und damit ein "gemischtes" Beschwerdebild bestätigt hatte (vgl. act. G 1.2/21 S. 3).

4.4 Bei der in Frage stehenden Auffahrkollision mit Totalschaden des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin (vgl. act. G 8.2 ZA1/act. G 1.2/4) ist von einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist somit zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind ( BGE 117 V 359 Erw. 6b). Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls kann nicht gesprochen werden. Sodann vermag die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas die Schwere oder besondere Art der Verletzung für sich alleine nicht zu begründen. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Solche Umstände sind hier nicht gegeben. Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2 mit Hinweisen). Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen

Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall in Behandlung stand, ohne dass damit eine länger andauernde Besserung eingetreten wäre. Sie absolvierte eine Cranio-Sakraltherapie, eine TCM-Therapie, Schwimmen und ambulante Physiotherapie. Im Weiteren hielt sie sich vom 27. Dezember 2004 bis am 20. Januar 2005 für ein vierwöchiges Therapieprogramm in der Klinik Valens auf und vom 18. November bis 31. Dezember 2006 in der Klinik St. Pirminsberg. Sie stand in psychiatrischer Behandlung bei Dr. C. \_\_\_ und später im Psychiatriezentrum Werdenberg-Sarganserland. Zudem nahm sie verschiedene Medikamente ein und war bei ihrem Hausarzt Dr. D. \_\_\_ sowie bei Dr. E. \_\_\_ in Behandlung. In Anbetracht dieser Aktenlage lässt sich eine fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung sowohl vor als auch nach dem 1. Juni 2005 nicht in Abrede stellen, zumal bei diesem Kriterium gemäss Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008 i/S S. (8C\_331/2007), Erw. 4.2.3 auch alternativ- oder komplementärmedizinische Massnahmen zu berücksichtigen sind. Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Dabei ist zu beachten, dass der Zeitpunkt des Fallabschlusses nicht ohne weiteres mit dem verfügbaren Einstellungszeitpunkt übereinstimmt, da letzterer gerade den Streitpunkt darstellt. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin leidet gemäss Austrittsbericht der Klinik Valens an einem cervikocephalen Schmerzsyndrom bei und mit HWS-Distorsionstrauma am 17. Juni 2004 (act. G 8.3 ZM22). Sie schilderte andauernde Schwindelbeschwerden, Kopf- und Nackenschmerzen und Nausea mit Müdigkeit und Erschöpfung. Diese Beschwerden besserten für kurze Zeit durch den Klinik-Aufenthalt sowie die TCM-Behandlung, traten danach jedoch wieder auf. Damit kann nicht von einem erheblichen Unterbruch ausgegangen werden. Der Arbeitsversuch wurde deshalb auch abgebrochen. Damit ist das Kriterium der erheblichen Beschwerden zu bejahen. Demgegenüber können ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen nicht schon dann angenommen werden, wenn eine Vielzahl von verschiedenen Therapien zu keinem Heilungserfolg führt. Das Kriterium ist deshalb nicht erfüllt. Ebenso wenig kann von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, gesprochen werden. Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und ähnlichen Verletzungen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7). - Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall am 22. Juni 2004 zuerst

teilweise und ab dem 2. Juli 2004 wieder im bisherigen Umfang arbeitete. In der Folge kam es zu einer Verschlechterung der Beschwerden, sodass ab 11. Oktober 2004 eine volle Arbeitsunfähigkeit resultierte. Der in der Folge auf Antrag der Beschwerdeführerin veranlasste Aufenthalt in der Klinik Valens brachte eine gesundheitliche Besserung. Die Wirkung konnte jedoch nur für wenige Wochen aufrecht erhalten werden. Nachdem die anschliessende TCM-Behandlung wiederum eine Besserung ergab, versuchte die Beschwerdeführerin erneut, in den Arbeitsprozess zurückzukehren. Unter Zuhilfenahme von Medikamenten sowie einer Ruhephase nach der Arbeit konnte sie vom 1. Oktober 2005 bis am 19. Juni 2006 ein 50%-Pensum bewältigen, bis eine erneute Arbeitsunfähigkeit auf Grund einer Verschlechterung der Beschwerden eintrat. Seither erfolgte kein derartiger Arbeitsversuch mehr. Gemäss SMAB-Gutachten vom 16. April 2008 sind der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere Arbeiten in ergonomischer Sitzhaltung und jedenfalls wechselhafter Ausgangslage vollschichtig zumutbar. Zwangshaltungen, Überkopfarbeiten, Nässe und Kälte seien zu vermeiden. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit; auch der allgemeinmedizinische Befund sei in dieser Hinsicht unauffällig. Die aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte leichte depressive Episode sei ohne Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-act. 63). Die SMAB-Gutachter hielten zur Entwicklung der Arbeitsfähigkeit allerdings fest, die Beschwerdeführerin sei am 21. November 2006 noch zu 100% und am 14. September 2007 noch zu 15% arbeitsunfähig angesehen worden. Es sei eine deutliche Besserung erkennbar, da ja derzeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr nachweisbar sei. Sinnvoll erscheine eine stufenweise Wiedereingliederung über einen Zeitraum von zwei Monaten mit einer langsamen Belastungssteigerung (IV-act. 63 S. 15f). Damit ist das SMAB-Gutachten mit der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_, wonach eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem 19. Juni 2006 bestehe (G act. 8.3 ZM28, ZM40), grundsätzlich vereinbar, denn auch die SMAB-Gutachter stellten die Arbeitsunfähigkeiten für die früheren Zeiträume nicht in Abrede. Zu beachten ist auch, dass die im Gutachten erwähnte Arbeitsunfähigkeit von 15% ab 14. Juni 2007 lediglich den psychischen Status betraf, nicht jedoch die somatischen Einschränkungen (vgl. act. G 8.3 ZM41 S. 3). Sodann geht es hier wie erwähnt um den Zeitraum ab 1. Juni 2005. Das SMAB-Gutachten wurde jedoch fast drei Jahre später, am 16. April 2008, erstellt und basiert auf Untersuchungen vom Februar 2008. Für die Zeit bis 31. Mai 2005 sowie für den Zeitraum vom 1. Juni 2005 bis 10. Januar 2008 (Datum des angefochtenen Entscheids) kann eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen nicht verneint werden. Hieran vermag der Umstand, dass die Arbeitsunfähigkeit durch einzelne tatsächlich erfolgte Arbeitseinsätze unterbrochen wurde, nichts zu ändern. Die Kriterien der erheblichen Beschwerden, der fortgesetzt spezifischen, die Beschwerdeführerin belastenden Therapien und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen sind somit als erfüllt anzusehen. Dem Unfall vom 17. Juni 2004 kann eine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die über den 31. Mai 2005 hinaus andauernden Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht abgesprochen werden. Eine Einstellung der Leistungen auf den 31. Mai 2005 erscheint demgemäss nicht ausgewiesen. Der von der Beschwerdegegnerin geltend gemachte Umstand, dass aus rheumatologischer Sicht ein Vorzustand an der HWS bestehe und im weiteren unfallfremde psychoreaktive Faktoren vorlägen (act. G 22 mit Hinweis auf das SMAB-Gutachten, S. 23 und 32), vermag eine Unfallteilkausalität für sich allein nicht auszuschliessen. Nachdem wie dargelegt bereits unklar ist, ob über das Einstellungsdatum hinaus natürlichkausale (teilweise) Unfallfolgen bestehen (vorstehende Erw. 4.3), wird die

Beschwerdegegnerin vorweg eine entsprechende medizinische Kausalitätsbeurteilung zu veranlassen haben.

#### **E. 5**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 10. Januar 2008 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur Vornahme von medizinischen Abklärungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Die bewilligte unentgeltliche Rechtsverteidigung wird bei diesem Verfahrensausgang gegenstandslos. Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses ist eine Entschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 10. Januar 2008 aufgehoben und die Angelegenheit im Sinn der Erwägungen zur Durchführung einer medizinischen Kausalitätsbeurteilung für die Zeit ab 1. Juni 2005 und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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