

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/35 vom 9. Dezember 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-12-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_35

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/35 du 9 décembre 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/35 del 9 dicembre 2010

Regeste

Art. 6 UVG: Unfallkausalität von Beschwerden im Nachgang zu einem Beschleunigungstrauma der HWS. Prüfung der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Dezember 2010, UV 2009/35).

Erwägungen

E. 1

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 15. Oktober 2007 ausgerichtet wurden, auf den 31. Januar 2009 eingestellt werden durften oder nicht. Die Beschwerdegegnerin legte die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden im angefochtenen Entscheid (Erw. 1, 3a, 4a) zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

E. 2

2.1 Eine rund sieben Monate vor dem streitigen Unfall von Dr. med. D.____, Innere Medizin FMH, spez. Rheumaerkrankungen, durchgeführte Abklärung ergab gemäss Bericht vom 12. März 2007 ein Zerviko-Thorakalsyndrom bei Wirbelsäulenfehlstatik. Die Patientin gebe an, seit vielen Jahren Nackenschmerzen zu haben. Es liege ein ausgeprägter Bewegungsmangel vor; die Patientin sitze nur zuhause (UV-act. 48). Dr. med. E.____, FMH Physikalische Medizin FMH, berichtete am 13. November 2007 unter anderem, die Patientin habe schon vor dem Unfall häufig Kopfschmerzen gehabt; jetzt seien die Kopfschmerzen schlimmer, und zusätzlich seien Nackenschmerzen dazugekommen. Seit dem Unfall habe sie zudem starke Schmerzen thorakolumbal (UV-act. 16). Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie FMH, stellte bei der Beschwerdeführerin im Bericht vom 16. November 2007 die Diagnosen einer HWS- und BWS-Kontusion/Distorsion, eines bekannten chronischen lumspondylogenen Syndroms, eines chronischen rezidivierenden cerviko-occipitalen Schmerzsyndroms und eines Verdachts auf depressive Entwicklung (UV-act. 10). Eine Computertomografie von Schädel, Thorax, HWS, BWS, LWS und Becken ergab normale Verhältnisse ohne Frakturhinweise (UV-act. 11). Am 6. Dezember 2007 berichtete Dr. F.____ über den Vorunfall-Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Er kenne sie seit September 2006. Bei jener Erstkonsultation habe sie über Nackenbeschwerden geklagt, welche seit drei Jahren bestehen würden und physiotherapeutisch behandelt worden seien. Im Mai 2007 sei es zu einer Konsultation wegen Lumbalgien gekommen. Ein CT der LWS vom 8. Juni 2007 habe einen Diskusprolaps LWK 5/S1 ergeben. In den folgenden Konsultationen hätten wieder die cervikalen Beschwerden im Vordergrund gestanden, bis es jetzt zum Unfall

gekommen sei (UV-act. 36). Ein Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon vom 6. bis 21. Dezember 2007 ergab gemäss Berichten vom 21. Dezember 2007 und 8. Januar 2008 unter anderem einen maladaptiven Umgang der Beschwerdeführerin mit Schmerzen, ohne Möglichkeit eines therapeutischen Zugangs zur Patientin, Schmerzen im Nacken-/Schultergürtelbereich, subjektiv Vergesslichkeit/Konzentrationsminderung, wiederkehrend ungerichtete Schwindelepisoden und eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der HWS. Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate von physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar gewesen. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den fehlenden objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nicht erklären. Aktuell sei keine psychische Störung von Krankheitswert erfassbar. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Die Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Raumpflegerin sei im Rahmen einer ganztägigen Arbeit gegeben; spezielle Einschränkungen bestünden nicht (UV-act. 44, 55).

2.2 Dr. med. G.____, Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 5. und 13. Februar 2008, die Beschwerdeführerin zeige sämtliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die in Bellikon festgestellte Arbeitsfähigkeit entspreche nicht der Realität, denn die Beschwerdeführerin sei nicht einmal in der Lage, den Haushalt zu erledigen. Sie sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (UV-act. 66, 69; vgl. auch UV-act. 75, 79). Vom 2. bis 7. April 2008 war die Beschwerdeführerin im Spital Wil hospitalisiert (UV-act. 109). Am 17. und 29. April 2008 berichtete Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, aufgrund seines Untersuchungsbefundes bestünden bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise für fokale neurologische Defizite oder für eine peripher neurogene, radikuläre oder spinale Symptomatik. Die Verspannungen im Schulter-Nacken-Bereich seien nicht sehr ausgeprägt. Es bestehe eine massiv niedrige Selbsteinschätzung, teilweise auch eine mangelnde Kooperation während der Untersuchung. Er gehe im Moment im Wesentlichen von einer Psychopathologie mit depressiven Symptomen und somatoformer Störung mit Schmerzausweitung aus. Von neurologischer Seite her stünden keine weiteren, wesentlichen Therapieoptionen zur Verfügung (UV-act. 87, 91). Am 24. Juni 2008 berichtete Dr. med. I.____, trotz Einsatz verschiedenster Behandlungen habe keine signifikante Besserung der Beschwerden erzielt werden können. Der Aufenthalt in der ursprünglichen Heimat Ausland sei eine Möglichkeit, die Situation der gesamten Familie zu verbessern (UV-act. 104). Dr. med. J.____, Akupunktur TCM ASA/FMH, Psychosomatische Medizin APPM/FMH, teilte im Bericht vom 19. Juli 2008 mit, die Therapie sei beendet worden, weil die Patientin davon nach eigener Aussage nicht habe profitieren können. Es werde eine ganzheitliche Betreuung unter spezieller Berücksichtigung psychiatrischer Aspekte empfohlen (UV-act. 108). Eine MRI-Aufnahme der HWS ergab gemäss Bericht von Dr. med. L.____ vom 27. August 2008 eine Streckhaltung der HWS sowie eine leichte Spondylosis C5/C6. Im Übrigen zeigte sich eine normale Kontur, Struktur und Konfiguration der einzelnen Halswirbelkörper mit unveränderter Darstellung im Vergleich zur Voruntersuchung vom 2. März 2005 in Locarno (UV-act. 127). Vom 7. August bis 12. September 2008 hielt sich die Beschwerdeführerin wegen depressiver psychischer Dekompensation in der Psychiatrischen Klinik Wil auf, wo eine mittelgradige depressive

Episode mit somatischem Syndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörungen sowie ein Verdacht auf sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) diagnostiziert wurden. Bei Austritt bestand gemäss Bericht vom 28. November 2008 eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 162). Per 31. Oktober 2008 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis (UV-act. 143). Kreisarzt Dr. med. M.____ hielt am 15. Dezember 2008 fest, auf Höhe C5/C6 habe sich im Verlauf von 2005 bis 2007 eine leichte Osteochondrose ausgebildet. Das Unfallereignis vom 15. Oktober 2007 habe zu keinen nachweislich organisch-strukturellen Läsionen geführt. Betreffend Kopfschmerzen bestehe ein Vorzustand, und ohne Schädelhirntrauma und ohne Nachweis struktureller Veränderungen sei hier keine richtunggebende Verschlimmerung zu postulieren. Aus organischer Sicht sehe er keine weiteren Therapien, die zu einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands führen würden (UV-act. 165).

E. 3

3.1 Bezüglich der lumbalen Problematik hielt Dr. M.____ am 31. Juli 2008 fest, der Unfallmechanismus sei nicht geeignet, die vorbestehende bekannte lumbale Diskushernienproblematik richtunggebend zu verschlimmern. Hier habe höchstens eine vorübergehende Traumatisierung stattgefunden ohne Nachweis von strukturellen Unfallfolgen. Eine weitere Verschlimmerung sei im Rahmen des natürlichen Verlaufs der degenerativen Veränderungen zu interpretieren (UV-act. 113). Mit Blick auf die Aktenlage betreffend Vorzustand im lumbalen Bereich (UV-act. 10, 17 S. 3, 36, 48) erscheinen diese Feststellungen begründet und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht in Frage gestellt, weshalb nachstehend davon auszugehen ist.

3.2 Eine MRI-Abklärung des Gehirns im Universitätsspital Zürich vom 19. Juni 2009 ergab gemäss Bericht vom 28. Juli 2009 unspezifische T2-hyperintensive Signalalterationen, keine Anhaltspunkte für eine Hippocampusatrophie sowie ein MRS ohne Nachweis eines pathologischen Spektrums (act. G 10 Beilage 8). Dr. med. B.____ nahm zu diesen Befunden am 16. Juli 2009 dahingehend Stellung, dass das Gehirn-MRI keine pathologischen Befunde zeige, jedoch die linke obere Frontalhirnwindung Signalveränderungen ergeben habe, die entweder durch einen Gefässdefekt, z.B. im Sinn eines Hirnschlags, oder durch ein Hirntrauma erklärbar seien. Da die Patientin bei ihrem jungen Alter keinen Hirnschlag gehabt haben dürfte, hingegen ein Auffahrunfall vorgelegen habe, der zu einer deutlichen Veränderung ihres Befindens geführt habe, könne man von einer traumatischen Ursache ausgehen (act. G 10 Beilage 11). Dazu ist festzuhalten, dass im Bericht des Kantonsspitals vom 22. Oktober 2007 zwar eine retrograde Amnesie und Desorientierung bei Eintreffen des Notarztes bescheinigt wurde. Ein Kopfanprall wurde jedoch nicht angeführt, sondern lediglich festgehalten, die Beschwerdeführerin habe bei Angabe von sensiblen Ausfällen im thorakalen Rücken aus dem Fahrzeug "befreit" werden müssen (UV-act. 4; zum Unfallablauf vgl. auch UV-act. 21 [Befragungsprotokolle]). Am 27. November 2007 verneinte die Beschwerdeführerin dann ausdrücklich einen Kopfanprall (UV-act. 17). Unter diesen Umständen kann nicht von einem Kopfanprall ausgegangen werden (vgl. auch UV-act. 78 S. 4 oben) mit der Folge, dass das von Dr. B.____ in Betracht gezogene Hirntrauma bezogen auf das hier streitige Ereignis vom 15. Oktober 2007 jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich angenommen werden darf. Keine der von Dr. B.____ beispielhaft angeführten Erklärungsvarianten und Sachverhaltsannahmen kann - bei Nichtvorliegen konkreter Anhaltspunkte für das Zutreffen einer (einzig) Variante - eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich beanspruchen. Ein Nebeneinander von ärztlichen Sachverhaltsannahmen erlaubt für sich allein nicht den Schluss, dass eine der Varianten die wahrscheinlichere sei. Ein konkreter

Anlass für die Einholung eines weiteren Berichts bei Dr. B.____ ist bei dieser Aktenlage nicht ersichtlich, zumal auch dieser Arzt ausdrücklich das Vorliegen von pathologischen Befunden im Hirn verneint. Die von der Beschwerdegegnerin aufgeworfene (und verneinte) Frage der Validierung der vom Universitätsspital gewählten Untersuchungsmethode (MRI mit MR-Spektroskopie) und deren Tauglichkeit für die Objektivierung organischer Gesundheitsschäden bzw. Beurteilung der Unfallkausalität (act. G 12 S. 3), kann bei der geschilderten Aktenlage offen bleiben. Immerhin ist festzuhalten, dass das Bundesgericht in einem Urteil vom 2. Juni 2000 betreffend Spect-Untersuchung des Gehirns die erwähnte Frage verneint hatte (RKUV 2000, 316).

3.3 Im Bericht der Klinik N.____, Neurologisches Rehabilitationszentrum, vom 19. Februar 2010 wurden unter anderem neben psychischen Problemen neuropsychologische Einschränkungen (Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisschwierigkeiten) aufgeführt. Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzig verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 Erw. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffusem Befund kann der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 Erw. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 Erw. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit mit erklären (S. 475). - Angesichts der psychiatrischen Befunde (UV-act. 66, 69, 87, 108, 162) sowie der Symptomausweitung und Selbstlimitierung (UV-act. 44, 55, 87) ist davon auszugehen, dass kognitive Funktionen bei der Beschwerdeführerin durch psychiatrische Aspekte mit beeinflusst wurden. Damit können (eigenständige) neuropsychologische Unfall-Restfolgen nicht als nachgewiesen gelten. Nachdem ein Kopfanprall an harten Strukturen (Kopfstützen stellen keine solchen dar) wie dargelegt überwiegend wahrscheinlich auszuschliessen ist, können auch neuropsychologische Störungen, welche auf einem (hirn-)organischen Schaden beruhen, überwiegend wahrscheinlich verneint werden (vgl. dazu Ruben Echemendia, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 78, S. 82ff). Neuropsychologische Einschränkungen können hingegen Teil des typischen Beschwerdebildes nach HWS-Verletzung bilden (vgl. dazu nachstehende Erw. 3.4).

3.4 Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber organisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Bei letzteren handelt es sich um Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Folglich kann von organisch-strukturell ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9, 117 V 359 Erw. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind beispielsweise ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch-strukturell hinreichend

nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C_124/2008] mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U13/07] Erw. 3.2 und 3.3). Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist - kein fassbarer organisch-struktureller (unfallbedingter) Befund an der HWS im erwähnten Sinn 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). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG [Eidgenössisches Versicherungsgericht; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können. Von Seiten des erstbehandelnden Kantonsspitals wurde am 22. Oktober 2007 festgehalten, bei Eintreffen des Notarztes am Unfallort habe eine retrograde Amnesie (wohl GCS 14) vorgelegen; die Beschwerdeführerin sei desorientiert gewesen (UV-act. 4). Dr. E.____ vermerkte im Bericht vom 13. November 2007, unmittelbar nach dem Unfall habe sie Schmerzen im Nacken und im Kopf mit Schwindel verspürt (UV-act. 16). Am 14. November 2007 gab der Ehemann der Beschwerdeführerin an, seine Ehefrau leide an starken Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen (UV-act. 7). Gemäss dem am 27. November 2007 ausgefüllten Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen gab die Beschwerdeführerin an, ein Kopfanprall oder ein Anprall anderer Körperteile habe beim Unfall vom 15. Oktober 2007 nicht stattgefunden. Sie habe sofort Rückenschmerzen (BWS), HWS-Schmerzen und Armschmerzen verspürt. LWS-Schmerzen und Kopfschmerzen seien innert Stunden aufgetreten. Schwindel habe sich fünf Tage nach dem Unfall eingestellt. Äusserlich sichtbare Verletzungen bestünden nicht. Als Unfall-Vorzustand hätten Kopfbeschwerden (Migräne), Schulterbeschwerden und Rückenbeschwerden (Hernie) bestanden (UV-act. 17). Von Seiten der Rehaklinik Bellikon wurden subjektiv Vergesslichkeit/Konzentrationsminderung sowie Schwindelepisoden erwähnt (UV-act. 44, 55). Bei dieser Aktenlage lässt sich ein typisches Beschwerdebild nach schleudertraumaähnlicher Verletzung nicht in Abrede stellen. Hinsichtlich der Beschwerden in der HWS und im Nacken ist von einer Traumatisierung bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen in diesem Bereich auszugehen (vgl. UV-act. 36, 48, 127). Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch während eineinviertel Jahren ihre Leistungspflicht. 3.5 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem 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 leistungsbezüglicher 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 (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]).

3.6 Gestützt auf die dargelegten medizinischen Akten kann die Frage, ob es sich bei den auch nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (31. Januar 2009) bestehenden Gesundheitsstörungen um eine natürliche (Teil-)Folge des versicherten Unfalls handelt, in Bezug auf die psychischen Beschwerden nicht beantwortet werden, da die beteiligten Ärzte hierzu keine Stellung nahmen (vgl. UV-act. 162 S. 4). Diese Frage kann jedoch offen bleiben, da - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die Adäquanz zu verneinen ist. Auch bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung steht der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 Erw. 3b). Sodann ist - wie in den vorerwähnten Fällen - dort, wo keine mit der HWS-Distorsion in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern eine selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung vorliegt, die Adäquanzbeurteilung auch dann nach BGE 115 V 133 vorzunehmen, wenn das psychische Beschwerdebild die körperlichen Beschwerden nicht eindeutig in den Hintergrund gedrängt hat (Urteil des EVG vom 23. Mai 2006 i/S O. [U 5/06] Erw. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S B. [8C_124/2008], Erw. 7.2, mit welchem der st. gallische Entscheid vom 20. Dezember 2007 [UV 2007/24] bestätigt wurde). Bereits am 16. November 2007 - rund einen Monat nach dem Unfall - stellte Dr. F.____ die Diagnose eines Verdachts auf depressive Entwicklung (UV-act. 10). Anlässlich der Abklärung in Bellikon im Dezember 2007 wurde zwar eine psychische Störung von Krankheitswert noch verneint. Jedoch zeigten sich eine erhebliche Symptomausweitung und Selbstlimitierung (UV-act. 44, 55). Im Februar 2008 bestätigte die Psychiaterin Dr. G.____ eine posttraumatische Belastungsstörung mit daraus resultierender voller Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 66, 69). Dr. H.____ verneinte im April 2008 neurologische Befunde und ging im Wesentlichen von einer Psychopathologie aus (UV-act. 87, 91). Die Ausführungen von Dr. B.____ (vgl. dazu Erw. 3.2) sind wie dargelegt nicht geeignet, die Feststellungen Dr. H.____ in Zweifel zu ziehen. Dr. J.____ erachtete in der Folge eine ganzheitliche Betreuung unter spezieller Berücksichtigung psychiatrischer Aspekte als erforderlich (UV-act. 108). Hieran schloss sich im August/September 2008 der Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik Wil an (UV-162). Bei dieser Aktenlage ist als überwiegend wahrscheinlich zu erachten, dass bereits vor dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. Januar 2009 bei der Beschwerdeführerin eine selbständige sekundäre psychische Gesundheitsschädigung ganz im Vordergrund stand, auch wenn weiterhin körperliche Symptome vorhanden waren und

(ohne Erfolg) behandelt wurden. Ein Grund für die Einholung von weiteren psychiatrischen Berichten (vgl. act. G 1 S. 4) ist nicht ersichtlich, zumal die diesbezüglichen Gegebenheiten im Einzelnen dem Bericht der Psychiatrischen Klinik Wil vom 28. November 2008 entnommen werden können (UV-act. 162). In Fällen, in welchen die zum typischen Beschwerdebild einer schleudertraumaähnlichen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist die Beurteilung praxismässig unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 Erw. 2a mit Hinweisen). Die Rechtsprechung, wonach bei der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht unterschieden wird (RKUV 1999, 407 Erw. 3b), kommt dabei nicht zur Anwendung.

E. 4

4.1 Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, dass die Adäquanzprüfung per 31. Januar 2009 zu früh erfolgt sei (act. G 1). Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen für so lange, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Die Berichtersteller der Rehaklinik Bellikon wiesen im Nachgang zum Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom Dezember 2007 auf ein maladaptives Schmerzverhalten ohne Möglichkeit eines therapeutischen Zugangs zur Patientin hin (UV-act. 44, 55). Bereits hier war somit zweifelhaft, ob von einer Fortsetzung der Behandlung noch eine namhafte Besserung zu erwarten sei. In der Folge wies der Neurologe Dr. H.____ im April 2008 bei fehlendem pathologischen Befund auf eine "massiv niedrige Selbsteinschätzung" und teilweise mangelnde Kooperation hin. Die Patientin sei derzeit völlig passiv, was zu der bestehenden Therapieresistenz führe (UV-act. 87). Von neurologischer Seite stünden keine wesentlichen Therapieoptionen zur Verfügung (UV-act. 91). Die Hausärztin Dr. I.____ verneinte am 24. Juni 2008 eine signifikante Beschwerdebesserung trotz verschiedenster Behandlungen. Sie erachtete einen Aufenthalt der Familie der Beschwerdeführerin im Ausland als sinnvoll, um "aktuell vorhandene Blockaden" zu lösen (UV-act. 104; zum Ergebnis des in der Folge zustande gekommenen Aufenthalts im Ausland vgl. UV-act. 162 S. 1 unten). Auch Dr. J.____ beendete die Behandlung wegen fehlendem Ergebnis (UV-act. 108). Dr. M.____ verneinte am 15. Dezember 2008 dementsprechend weitere somatische Behandlungsmöglichkeiten (UV-act. 165). Aufgrund der dargelegten Umstände kann die Notwendigkeit und Möglichkeit einer eigentlichen Behandlung von somatischen Unfallfolgen (mit Aussicht auf Zustandsverbesserung) über den 31. Januar 2009 hinaus nicht angenommen werden. Dies umso weniger, als wie erwähnt von vorbestehenden (unfallfremden) Problemen HWS/Nacken-Bereich auszugehen ist (vgl. UV-act. 36, 48, 127). Unter diesen Umständen lässt es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin per 31. Januar 2009 die Adäquanz prüfte. Hinsichtlich der Behandlung der psychischen Probleme wurde im Bericht der Psychiatrischen Klinik Wil vom 28. November 2008 festgehalten, aufgrund der mangelnden Kooperationsgemeinschaft und der Fixierung der Patientin auf die Schmerzsymptomatik habe sich die stationäre Therapie zeitweise als schwierig gestaltet. Aufgrund des dringenden Austrittswunsches der Patientin sei sie in unvollständig remittiertem Zustand nach Hause entlassen worden. Zur langfristigen Stabilisierung bestehe die Notwendigkeit einer dauerhaften ambulanten Weiterbetreuung. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei keine Prognose möglich (UV-act. 162 S. 4). Dazu ist festzuhalten, dass

sich aus der Notwendigkeit einer ambulanten psychiatrischen Weiterbetreuung eine in Aussicht stehende namhafte Besserung des psychischen Gesundheitszustands durch weitere Behandlung noch nicht ableiten lässt. Die Beschwerdeführerin gab denn auch noch nach dem Reha-Aufenthalt in der Humaine Klinik im Januar/Februar 2010 an, dass es ihr weiterhin schlecht gehe. Sie sehe keine Veränderung, da die Schmerzen gleichbleibend vorhanden seien. Die Klinikärzte erachteten neben der Weiterführung der antidepressiven Therapie eine strukturierende Tagesstruktur mit Milieuwechsel als notwendig; dies zur Vermeidung weiterer Chronifizierung nach mehreren Reha-Versuchen sowie lang dauernder psychiatrischer Behandlung ohne nennenswerte andauernde Fortschritte (act. G 21.1 S. 2). Dass die Beschwerdegegnerin per Ende Januar 2009 von einem Endzustand ausging, lässt sich bei dieser Aktenlage auch mit Bezug auf die psychische Gesundheitssituation nicht beanstanden. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer bedingt denn auch lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008 i /S G. [8C_467/2008], Erw. 5.2.2.2.). 4.2 Weitere medizinische Abklärungen, wie sie von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin verlangt werden, vermöchten in dieser Situation mit im Ergebnis übereinstimmenden ärztlichen Äusserungen überwiegend wahrscheinlich zu keinen veränderten bzw. zutreffenderen Erkenntnissen zu führen. Eine multidisziplinäre Abklärung (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9.4) macht in einem Unfallversicherungsverfahren keinen Sinn, wenn bereits umfassende medizinische Abklärungen vorliegen, deren Resultate sich miteinander vereinbaren lassen, und wenn - wie vorliegend - eine gesundheitliche Chronifizierung im Wesentlichen einen psychiatrischen und/oder unfallfremden (somatisch vorbestehenden) Hintergrund hat. Was den Abschlussbericht des Kreisarztes Dr. M.____ betrifft, so konnte sich dieser Arzt bei seiner Beurteilung auf ärztliche Berichte aus verschiedenen Fachgebieten abstützen. Seine Beurteilung steht inhaltlich im Einklang mit den weiteren medizinischen Berichten. Der Einwand der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, wonach Dr. M.____ als Chirurg nicht in der Lage sei, über das Vorliegen von ausserhalb seines Fachgebietes liegenden Unfallfolgen qualifizierte Aussagen zu machen (act. G 1 S. 6), ist in einer Situation, in welcher dem Kreisarzt umfassende Abklärungsergebnisse von anderen Ärzten zur Verfügung stehen und er sich explizit auf diese Beurteilungen abstützt, nicht berechtigt. Denn es gehört gerade zu den Aufgaben des Kreisarztes, ärztliche Berichte aus verschiedenen Fachgebieten zu würdigen und abschliessend zur Unfallkausalität Stellung zu nehmen.

E. 5

5.1 Bezüglich der Adäquanz der psychischen Beschwerden ist zunächst festzuhalten, dass der in Frage stehende Unfall vom 15. Oktober 2007 aufgrund des Geschehensablaufs - ein anderes Fahrzeug fuhr auf das Auto, in welchem die Beschwerdeführerin sass, auf, wodurch dieses auf das vor ihm stehende Fahrzeug geschoben wurde (vgl. UV-act. 21, 78) - und der Verletzungen (UV-act. 4) als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzustufen ist; dies entspricht auch dem Standpunkt der Beschwerdeführerin (act. G 16 S. 5). Gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung vom 4. März 2008 dürfte die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung infolge der Heckkollision innerhalb eines Bereichs von 10-15 km/h gelegen haben. Der anschliessende frontale Anprall habe nochmals zu einer Geschwindigkeitsänderung des Autos der Beschwerdeführerin geführt; diese habe nun jedoch im Sinn einer Verlangsamung gewirkt und deutlich unterhalb eines

Bereiches von 20-30 km/h gelegen. Es fänden sich keine Befunde, die für einen Kopfanprall sprechen würden. Die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall "eher erklärbar". Erschwerend sei die sekundäre frontale Kollision ohne Gurtrückhaltung dazugekommen. Nicht erklärbar seien die Beschwerdeausweitung - auch ausserhalb des HWS-Bereichs - und die Selbstlimitierung. Nicht-unfallbezogene, der Biomechanik nicht zugängliche Randbedingungen dürften von erheblicher Bedeutung sein (UV-act. 78). Von einem Kopfanprall anlässlich des Unfalls kann wie dargelegt (vorstehende Erw. 3.2) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden. Eine besondere Eindringlichkeit oder dramatische Begleitumstände sind sodann offensichtlich nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004 i/S B., Erw. 2.3 [U 109/04] und vom 2. März 2005 i/S S., Erw. 5.1 [U 309/03]). Bei einem Beschleunigungstrauma handelt es sich grundsätzlich nicht um eine Gesundheitsschädigung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert wäre (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007 i/S N. [8C_101/2007] Erw. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007 i/S M. [U 558/06], Erw. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]). Das Beschleunigungstrauma traf konkret jedoch eine vorgeschädigte Wirbelsäule (vgl. UV-act. 36); es ist somit als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren. Das Kriterium ist damit - wenn auch nicht in besonders ausgeprägtem Masse - als erfüllt anzusehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008 [8C_785/2007] Erw. 4.4).

5.2 Eine ungewöhnlich lange Dauer der Behandlung von somatischen Unfallfolgen ist mit Blick auf die Ausführungen in Erw. 4.1 zu verneinen. Im Weiteren sind auch ein schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen nicht gegeben. Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon erachteten die Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Raumpflegerin im Rahmen einer ganztägigen Arbeit als gegeben; spezielle Einschränkungen wurden verneint (UV-act. 44, 55). Bei der in der Folge bescheinigten vollen Arbeitsfähigkeit bildete die psychische Problematik die wesentliche Ursache (vgl. UV-act. 66, 69, 162). Entgegen der Auffassung, die offenbar von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vertreten wird (act. G 1 S. 4), braucht in diesem Zusammenhang die Frage, welche psychiatrische Diagnose im Einzelnen zu stellen ist, sowie der Umfang der psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit nicht näher untersucht zu werden. Eine lang dauernde (somatisch begründete) Arbeitsunfähigkeit im Sinn der Rechtsprechung (vgl. zusammenfassende Darstellung im Urteil des EVG vom 30. August 2001 [U 56/00] Erw. 3d) könnte jedenfalls nicht als nachgewiesen gelten. Auch (somatisch unfallbedingte) Dauerschmerzen lassen sich in Anbetracht des Vorzustands an der Wirbelsäule (UV-act. 36) und der im Wesentlichen psychisch begründeten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahen. Damit lässt es sich - bei lediglich einem (geringgradig) erfüllten Kriterium - nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die adäquate Unfallkausalität der psychischen Beschwerden verneint hat.

E. 6

6.1 Selbst wenn - wie die Beschwerdeführerin geltend machen lässt (act. G 1 S. 9, G 10 S. 4ff) - nicht von einer unfallfremden, im Vordergrund stehenden psychischen Störung auszugehen und damit bei der Prüfung der Adäquanzkriterien nicht zwischen somatischen und psychischen Gesundheitsschäden zu unterscheiden wäre, müsste - wie nachstehend zu

zeigen sein wird - die Adäquanz jedenfalls ab dem Zeitpunkt der streitigen Leistungseinstellung verneint werden. Die Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände und der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.1, S. 127 mit Hinweisen) sind wie erwähnt zu verneinen. Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen anbelangt, hat das Bundesgericht in Erw. 10.2.2 von BGE 134 V 109 präzisiert, dass es zur Bejahung dieses Kriteriums einer besonderen Schwere der für die gegebene Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können, bedarf. Davon kann konkret wie dargelegt (Erw. 5.1) ausgegangen werden. Nicht ausgewiesen sind jedoch in diesem Kontext erhebliche Verletzungen, welche sich die Beschwerdeführerin neben der HWS-Distorsion zugezogen hat. Sodann ist entscheidungswesentlich (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3), ob nach dem Unfall eine fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war. Die Beschwerdeführerin steht seit dem Unfall in Behandlung. Sie unterzog sich verschiedenen Therapieverfahren und stand im Dezember 2007 (Rehaklinik Bellikon) sowie vom 7. August bis 12. September 2008 (Psychiatrische Klinik Wil) auch in stationärer somatischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung. In Anbetracht der geschilderten Aktenlage ist jedoch festzuhalten, dass nach dem Unfall bis zum Fallabschluss am 31. Januar 2009 eine fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung insofern nicht zur Anwendung kommen konnte, als die Beschwerdeführerin einer solchen wegen ihres Verhaltens (Selbstlimitierung, mangelnde Kooperation, Behandlungsabbruch) im Wesentlichen gar nicht zugänglich war (vgl. dazu vorstehende Erw. 4.1). Ausgehend von der Annahme, dass die psychischen Probleme und die sich wohl daraus ergebende Behandlungsunzugänglichkeit ihren (natürlich kausalen) Auslöser teilweise im streitigen Unfall hatten, lässt sich das Kriterium dennoch - wenn auch geringgradig - als erfüllt betrachten.

6.2 Adäquanzrelevant könnten im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. 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). Den Ärzten der Rehaklinik Bellikon berichtete die Beschwerdeführerin unter anderem über seit dem Unfall bestehende HWS-Beschwerden; sie sei vergesslich und leide oft an Schwindel (UV-act. 55). Auch im Rahmen des Aufenthalts in der Psychiatrischen Klinik Wil gab sie Schmerzen im Nacken/Schultergürtel-Bereich an. Sie sei sehr vergesslich und teilweise apathisch (UV-act. 162). Das Kriterium der erheblichen (unfallbedingten) Beschwerden kann indessen nicht ohne weiteres als belegt gelten, zumal auch hier die Auswirkungen der gesundheitlichen Vorzustände im HWS- und im LWS-Bereich (UV-act. 36) zu beachten sind. Bei ausschliesslichem Bezug auf die Folgen des streitigen Unfalls könnte es höchstens in geringem Umfang als gegeben angenommen werden.

6.3 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit 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 punkto Adäquanzbeurteilung gleich zu behandelnden 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. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille

erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal 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 mit Hinweisen). Wie dargelegt erachteten die Ärzte der Rehaklinik Bellikon die Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Raumpflegerin im Rahmen einer ganztägigen Arbeit als gegeben; spezielle Einschränkungen wurden verneint (UV-act. 44, 55). Bei der in der Folge bescheinigten vollen Arbeitsunfähigkeit bildete die psychische Problematik die wesentliche Ursache (vgl. UV-act. 66, 69, 162). Anstrengungen der Beschwerdeführerin, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen, sind jedoch im Nachgang zum Unfall bis zum streitigen Einstellungszeitpunkt nicht ausgewiesen, weshalb das Kriterium zu verneinen ist. Zusammenfassend sind höchstens drei der in BGE 134 V 109 angeführten Adäquanzkriterien in geringem Umfang gegeben. Die Adäquanz der nach wie vor geklagten Beschwerden mit dem versicherten Unfall wäre somit auch bei Anwendbarkeit der Schleudertrauma-Rechtsprechung zu verneinen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010 i/S S. [8C_897/2009] Erw. 4.5 und vom 31. Juli 2009 i/S V. [8C_172/2009] Erw. 5.3.5). Die Leistungseinstellung auf den 31. Januar 2009 lässt sich auch unter diesem Titel nicht beanstanden.

E. 7

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 27. Februar 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Zuzufolge der bewilligten unentgeltlichen Rechtsverteiständung hat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin Anspruch auf Parteientschädigung. Grundsätzlich wird diese - ausgehend von einem Betrag von Fr. 4'000.-- und unter Berücksichtigung einer Kürzung von 20 % (Art. 31 Abs. 3 AnwG [sGS 963.75]) - auf pauschal Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgelegt. Ein Anlass, von der pauschalen Abgeltung abzugehen und auf die Kostennote der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 11. Februar 2010 abzustellen (act. G 18), liegt nicht vor. Hingegen lässt es sich angesichts der relativ umfangreichen Akten und recht komplexen Verhältnisse rechtfertigen, die Pauschalentschädigung, ausgehend von einem ungekürzten Betrag von Fr. 5'000.--, auf Fr. 4'000.-- zu erhöhen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Staat entschädigt die Rechtsbeiständin der Beschwerdeführerin mit Fr. 4'000.--.

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