

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/73 vom 26. September 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2011_73

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/73 du 26 septembre 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2011/73 del 26 settembre 2012

Regeste

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden nach Schleudertrauma der HWS. Leistungseinstellung fünf Jahre nach dem Unfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. September 2012, UV 2011/73).

Erwägungen

E. 1

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 17. Januar 2002 ausgerichtet wurden, auf den 31. Mai 2007 eingestellt werden durften oder nicht. Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts (bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG) 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 Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 119 V 338 E. 1 und 118 V 289 E. 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 E. 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 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 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 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben 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 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 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 E. 3b).

E. 2.1

Die nach dem Unfall vom 17. Januar 2002 erstellten Röntgenbilder der BWS/LWS sowie der HWS ergaben keine Anhaltspunkte für frische ossäre Läsionen. Ein MRI der HWS und ein CT des Schädels zeigten keine pathologischen Befunde (UV-act. ZM1, 2, 8). Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 17. Mai 2002 ein "Shaken sense of Self Syndrom". Der Arzt hielt fest, die psychische Dimension sei in der Lage, sowohl die Schmerzen als auch die kognitive Symptomatik zu verstärken (UV-act. 9/2). Der Neuropsychologe Dr. phil. E.____, vermerkte im Bericht vom 22. Juli 2002 das Bestehen von leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen (unter anderem reduzierte Konzentration und Aufmerksamkeit; UV-act. 11/3). In der Zeit vom 19. Januar bis 26. September 2002 gelang der Beschwerdeführerin eine erhebliche Gewichtsreduktion, welche zuvor ärztlich verordnet worden war (UV-act. ZM25). Vom 30. Januar bis 13. März 2003 hielt sich die Beschwerdeführerin wegen persistierenden zervikozephalen Beschwerden, einem Thorako-Lumbovertebralsyndrom, neuropsychologischen Funktionsstörungen sowie einer Anpassungsstörung stationär zur Rehabilitation in der Rehaklinik F.____ auf (UV-act. 15, 21). Der Psychiater Dr. D.____ hielt im Bericht vom 8. Juli 2003 unter anderem fest, der Verlauf sei durch kurzfristige Absagen der Sitzungen durch die Beschwerdeführerin, einem längeren ferienbedingten Therapieunterbruch und durch äussere Ereignisse (Kündigung des Arbeitsplatzes auf Januar 2003, drei Todesfälle in der Familie innert kürzerer Zeit) erschwert worden (UV-act. ZM26). Prof. Dr. med. Z.____, FMH Neurologie, berichtete am 6. November 2003 von einer äusserst auffallenden Entwicklung nach einer geringgradigen Heckkollision ohne Kopftrauma und initial wenig Beschwerden bei einer auch sonst auffälligen Persönlichkeit. Das entsprechende Trauma sei nicht adäquat für die aufgetretenen Beschwerden. Es handle sich mit Sicherheit um funktionelle Störungen (UV-act. ZM30). Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, teilte im Bericht vom 26. November 2003 mit, zwischenzeitlich habe sich an der Situation grundsätzlich nichts verbessert. Es handle sich um einen im Vordergrund stehenden Schmerzzustand, wobei besonders die Kopfschmerzen leistungslimitierend seien (UV-act. ZM32).

E. 2.2

Vom 15. Januar bis 19. Februar 2004 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik H.____ auf (UV-act. ZM34). Dr. D.____ berichtete am 6. April 2004, es müsse bei der Beschwerdeführerin von einer Persönlichkeitsstruktur mit narzisstischen und histrionischen Anteilen ausgegangen werden, welche nach dem Unfall mit grosser Wahrscheinlichkeit einen Beitrag zur Ausgestaltung und Intensität der Unfallfolgen geleistet hätten. Es bestehe eine komplexe interdisziplinäre Problematik. Die Frage der Arbeitsfähigkeit sei entsprechend interdisziplinär zu beurteilen (UV-act. ZM39, 41). Dr. D.____ führte im Bericht vom 12. November 2004 unter anderem aus, die Beschwerdeführerin beschäftige sich aktuell mit dem Aufbau einer eigenen Firma, was ihr Selbstwertgefühl positiv

beeinflusse (UV-act. ZM51). Eine neurologisch-psychiatrische und neuropsychologische Begutachtung im C.____ ergab gemäss Gutachten vom 6. Mai 2005 die Diagnosen eines chronifizierten Beschleunigungstraumas der HWS mit ausgeprägten funktionellen Beeinträchtigungen der HWS und ausgeprägter Schmerzsymptomatik in Nacken und Kopf, ein chronisches Kopfschmerzsyndrom nach HWS-Beschleunigungstrauma und eine Anpassungsstörung mit Somatisierungstendenz infolge mangelnder Verarbeitung des Unfalls und seiner Folgen bei primär histrionischer Persönlichkeit. Die Beschwerdeführerin sei (in der früheren Tätigkeit) derzeit zu 100% arbeitsunfähig. Sie sei grundsätzlich in der Lage, einfache kaufmännische Tätigkeiten halbtags (50%) zu verrichten. Hohe Anforderungen an die Konzentration und Tätigkeiten mit Stress auslösendem Publikumsverkehr seien zu vermeiden. Am günstigsten sei ein Arbeitsplatz mit gleichmässiger Belastung und viel Routine. Die histrionisch-dissoziative Persönlichkeitsstruktur wirke als unfallfremde Ursache mit. Sie habe die Verarbeitung der Unfallfolgen deutlich erschwert, wenn nicht bisher gar verhindert. Andererseits sei davon auszugehen, dass ohne das Unfallereignis sich das jetzt vorliegende Krankheitsbild nicht entwickelt hätte. Insofern sei es aus psychiatrischer Sicht als mittelbare Unfallfolge aufzufassen. Die Beschwerdeführerin stelle einen sehr hohen Anspruch an sich selbst. Sie werde die beschriebene einfache kaufmännische Tätigkeit schwerlich ausüben wollen. Es empfehle sich deshalb eine Nachuntersuchung in einem Jahr, um den weiteren Heilverlauf aus neurologisch-psychiatrischer Sicht zu verfolgen. Auf ein orthopädisches Gutachten sei verzichtet worden, da es bei der Beschwerdeführerin zu keinerlei organischer Schädigung im Bereich der HWS oder der LWS gekommen sei und die jetzt bestehende Beschwerdesymptomatik sich ausschliesslich auf das neurologisch-psychiatrische Fachgebiet beschränke. Die Beschwerdeführerin sei rein bezüglich der Unfallfolgen in ihrer körperlichen oder geistigen Integrität dauernd zu 30% (in Anlehnung an die UVG-Skala der Integritätsentschädigung) eingeschränkt (UV-act. ZM56). Die behandelnde Psychotherapeutin I.____, hielt im Bericht vom 16. Juli 2005 fest, die Beschwerdeführerin beschäftige sich zu 10-20% mit ihrer eigenen Firma; dies sei sehr bedeutsam zur Stärkung des Selbstkonzeptes. Es sei von einem chronifizierten Zustandsbild auszugehen. Bei Exazerbationen der psychoreaktiven Dimension sei mit einer weiteren Verschlechterung zu rechnen (UV-act. ZM59).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin wurde im Januar und September 2006 im Auftrag der Beschwerdegegnerin überwacht (UV-act. Überwachung). Die Psychotherapeutin I.____ vermerkte am 5. Juni 2006, dass die Psychotherapie sich präventiv auf eine weitergehende depressive Entwicklung auswirke, was mithilfe, eine weitere Verschlechterung zu vermeiden (UV-act. ZM63). Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie, berichtete am 27. Februar 2007 nach Sichtung der Überwachungs-Unterlagen unter anderem, die Aufzeichnungen würden eine Person zeigen, bei der aus orthopädischer Sicht in keiner Weise auch nur im Ansatz ein zervikogenes Schmerzsyndrom ausgemacht werden könne, da sie sich absolut adäquat verhalte. Sie könne problemlos ins Auto ein- und aussteigen, rückwärtsfahren und dabei den Kopf problemlos drehen, in beide Richtungen. Sie könne auch problemlos grosse Einkaufstaschen hinten einladen und diese zum Haus tragen (zwei Taschen zusammen). Im Gartenrestaurant trage sie bei Sonnenschein trotz angeblicher Lichtempfindlichkeit keine Sonnenbrille. Sie sitze normal, schaue umher und drehe den Kopf auf beide Seiten. Sie kämme sich mit den Händen die Haare, werfe den Kopf nach hinten. All dies wäre bei einem zervikalen Schmerzsyndrom nicht möglich. Das von der

Beschwerdeführerin geschilderte typische Beschwerdebild könne durch die Observation nicht bestätigt werden (UV-act. ZM68). Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Aktenbeurteilung vom 7. Juli 2007 aus, es sei von einem Versicherungsfall unklarer Kausalität auszugehen. Es lägen kaum objektivierbare Befunde vor, die als unfallkausal angesehen werden könnten. Unfallfremde Faktoren seien vor allem jene, die mit der akzentuierten Persönlichkeit der Beschwerdeführerin in Zusammenhang stünden. Es fänden sich viele Ungereimtheiten und Diskrepanzen. Angesichts der Resultate der Video-Überwachung würden sich viele Angaben der Beschwerdeführerin relativieren (UV-act. ZM70). Im Verlaufsgutachten des C.____ zuhanden der Invalidenversicherung vom 23. August 2010 wurde unter anderem festgehalten, aus neurologisch-psychiatrischer Sicht sei ein Zusammenhang zwischen den jetzt beklagten Beschwerden und dem HWS-Beschleunigungstrauma nicht feststellbar. Psychiatrischerseits sei eine bewusstseinsnahe Begehrenshaltung bei der Beschwerdeführerin nicht von der Hand zu weisen, die gemeinsam mit der prätraumatischen histrionischen Persönlichkeit diese ungewöhnliche Darstellung der Beschwerden, die sich zunehmend ausbreiten würden, bewirke. Die bei der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten Aufmerksamkeitsfunktionen hätten sich im Vergleich zur letzten Untersuchung leicht verschlechtert. Eine derartige Veränderung sei ebenfalls ungewöhnlich, spreche gleichfalls für eine bewusstseinsnahe Begehrenshaltung und stehe nicht im Einklang mit den Beobachtungen während der Untersuchung. Insofern seien die Ergebnisse dieser Untersuchung als nicht unfallbedingt einzuschätzen. Auf der psychisch-geistigen Ebene sei die Beschwerdeführerin unfallunabhängig erheblich beeinträchtigt. Auf der körperlichen Ebene sei sie durch ihre Adipositas in ihrer Leistung gemindert. Unfallbedingt bestünden keine Störungen mehr mit Auswirkung auf die bisherige Tätigkeit. Unfallunabhängig sei eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess wenig wahrscheinlich. Rehabilitationsmassnahmen seien aufgrund der psychiatrischen Entwicklung nicht sehr Erfolg versprechend. Die vorgetragene Schmerzsymptome stünden in Zusammenhang mit der histrionischen Persönlichkeitsstörung und bewusstseinsnahen Begehrenshaltung. Die therapeutischen Möglichkeiten seien ausgeschöpft. Die Beschwerdeführerin habe sich als therapieresistent in allen Bereichen gezeigt (UV-act. ZM71).

E. 3.1

Eine manuelle ärztliche Untersuchung der Versicherten Person fördert klinische Ergebnisse zu Tage. Der hinreichende Nachweis für ein klar fassbares organisches Korrelat für die im Zusammenhang mit einer Distorsion der HWS oder einer äquivalenten Verletzung geklagten Beschwerden bzw. die Organizität des Beschwerdebilds vermag damit allerdings nicht erbracht zu werden (Entscheid des Bundesgerichts vom 6. Februar 2007, U 479/05, E.5.4 mit Hinweis auf Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgericht vom 6. November 2006, U 444/05, E.5.2). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann praxisgemäss erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Beispielsweise sind ein Thoracic-outlet-Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch 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, 8C_124/2008, mit vielen Hinweisen sowie vom 7. Februar 2008, U13/07, E. 3.2 und 3.3). Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist (UV-act. ZM1, ZM2, ZM8) - kein fassbarer organischer (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 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 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, und vom 15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005, U 312/05) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können.

E. 3.2

In den Berichten des Spitals L.____ vom 17. und 24. Januar 2002 wurden Beschwerden im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in die ganze Wirbelsäule, zunehmende Kopfschmerzen frontal bzw. rezidivierende Migräneschübe, rasche Ermüdung mit Auftreten von Doppelbildern, Konzentrationsstörungen und kurzdauernde Sensibilitätsstörungen in den Fingern festgehalten (UV-act. ZM1/1). Eine Schädelkontusion, Bewusstlosigkeit, Erbrechen, retrograde Amnesie und neurologische Ausfälle wurden verneint (UV-act. ZM2). Auch in dem vom B.____ am 28. April 2002 ausgefüllten Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen wurden ein Kopfanprall, Schwindel, Benommenheit, Bewusstlosigkeit sowie Übelkeit/Erbrechen verneint (UV-act. ZM8). Angesichts der geschilderten Aktenlage scheint das Auftreten eines typischen (natürlich unfallkausalen) Beschwerdebilds mit einer gewissen Häufung von Beschwerden in der Zeit nach dem Unfall gegeben gewesen zu sein, zumal auch die bereits am 17. Mai 2002 von Psychiater Dr. D.____ bestätigten psychischen Probleme (UV-act. ZM9/1) und die neuropsychologischen Funktionsstörungen (reduzierte Konzentration, Aufmerksamkeit; UV-act. ZM11/3) als Teile des typischen Beschwerdebilds in Betracht fallen. Sodann findet sich das gemischt psychisch/physisch bedingte Beschwerdebild auch in späteren medizinischen Berichten bestätigt (UV-act. ZM21, ZM34, ZM39, ZM56 S. 37ff). Entsprechend anerkannte denn auch die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin bis zum 31. Mai 2007. Die Frage, wie lange dieses Beschwerdebild nach dem Unfall gegeben war bzw. ob es auch im streitigen Einstellungszeitpunkt noch vorlag, braucht, wie sich nachstehend ergeben wird, nicht untersucht zu werden.

E. 3.3

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 leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der

versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 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 E. 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, U 258/02, vom 25. Oktober 2002, U 143/02, und vom 31. August 2001, U 285/00).

E. 3.3.1

Im Nachgang zum streitigen Unfall wurde auch eine LWS-Distorsion diagnostiziert (UV-act. ZM1/1). Mit Blick auf den Unfallmechanismus eines Auffahrunfalls und die dabei sich ergebenden Kräfteinwirkungen auf den Körper erscheint eine LWS-Beteiligung insofern nicht sehr naheliegend, als die Lendenwirbelsäule in aller Regel durch die Sitzlehne geschützt ist und diese beim Unfall unbestrittenermassen auch nicht beschädigt wurde. Selbst wenn von einer Unfalleinwirkung auf die LWS auszugehen wäre, müsste gemäss der einschlägigen Literatur (Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45ff) nach einem Unfall mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Wirbelsäule eine vorübergehende Verschlimmerung von lumbalen Beschwerden nach spätestens einem Jahr als abgeschlossen betrachtet werden. Dies lässt auch die Beschwerdeführerin nicht in Abrede stellen.

E. 3.3.2

Gestützt auf die in E. 2 dargelegten medizinischen Akten kann die Frage, ob es sich bei den auch nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (31. Mai 2007) bestehenden Gesundheitsstörungen an der HWS noch um eine natürliche (Teil-)Folge des versicherten Unfalls handelte, nicht mit letzter Klarheit beantwortet werden. Immerhin ist festzuhalten, dass die Gutachter des C.____ die Diagnose einer bewusstseinsnahen Begehrenshaltung im Gutachten vom 23. August 2010 unmissverständlich als unfallfremd bezeichneten. Dies insbesondere mit der Begründung, dass die bei der neuropsychologischen Untersuchung festgestellte Verschlechterung der Aufmerksamkeitsfunktionen ungewöhnlich sei und überdies nicht im Einklang mit den Beobachtungen während der Erhebung der Anamnese und der neurologisch-psychiatrischen Untersuchung stehe (UV-act. ZM71 S. 27). Nach Lage der medizinischen Akten ergab sich in den Jahren von 2005 bis 2010 keine massgebende gesundheitlich/psychische Veränderung, so dass die gutachterliche Einschätzung von 2010 bereits im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. Mai 2007) Gültigkeit gehabt haben dürfte. Eine abschliessende Klärung des natürlichen Zusammenhangs einschliesslich Prüfung des Einwandes der Beschwerdeführerin, wonach die Beurteilung des C.____ von 2010 (Verneinung der Unfallkausalität) nicht zu überzeugen vermöge (act. G 1 S. 7), erübrigt sich jedoch, weil - wie nachstehend (E. 4.2) zu zeigen sein wird - es an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs fehlt. Nachdem bei der Beschwerdeführerin sich bereits relativ rasch nach dem Unfall behandlungsbedürftige psychische Probleme zeigten (UV-act. ZM9/2), ging Dr. D.____ noch am 6. April 2004 von einer komplexen interdisziplinären Problematik (UV-act. ZM39, ZM41) und damit implizit

von einem gemischt psychisch/physischen Beschwerdebild aus. Die Frage, ob bei der Beschwerdeführerin eine Dominanz psychischer Probleme (vgl. BGE 123 V 98 E. 2a) bestand, kann jedoch ebenfalls offen bleiben. Denn selbst wenn diese Frage zu verneinen und die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 E. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien (mit Verzicht auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten) beurteilt würde, wäre sie - wie sich im folgenden ergeben wird - zu verneinen.

E. 4.1

Dr. D.____ berichtete am 12. November 2004, die Psychotherapie sei nach wie vor indiziert mit dem Hauptziel, eine Verschlechterung zu vermeiden, die berufliche Rehabilitation zu unterstützen und die Restarbeitsfähigkeit zu erhalten (UV-act. ZM51). Die Gutachter des C.____ kamen am 6. Mai 2005 zum Schluss, eine Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung erscheine noch notwendig. Ebenfalls seien die Schmerzbehandlungen und die Physiotherapie fortzusetzen, um eine weitere Verschlimmerung zu verhindern (UV-act. ZM56). Auch die Psychotherapeutin I.____ bestätigte am 5. Juni 2005, dass die Behandlung im Wesentlichen der Verhinderung einer weiteren Verschlechterung diene (UV-act. ZM63). Die späteren medizinischen Berichte (vgl. UV-act. ZM68, ZM70, ZM71) ergaben hinsichtlich der Notwendigkeit der Behandlung von Unfallfolgen kein anderes Bild bzw. eine ausdrückliche Verneinung der Unfallkausalität der weiteren Behandlungen. Gestützt auf diese Aktenlage ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass jedenfalls per Ende Mai 2007 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit mehr vorlag und die durchgeführten Behandlungsmassnahmen (bei unsicherem Behandlungserfolg) lediglich der Schmerzlinderung und Aufrechterhaltung des erreichten Zustands dienten. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt 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, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - auf den 31. Mai 2007 an.

E. 4.2

Bei der in Frage stehenden Auffahrkollision (UV-act. Z1) ist - bei einer mit einer Bandbreite von 8.8 bis 13.7 km/h angegebenen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin (Unfallanalyse vom 1. Februar 2005; zitiert aus der Verfügung 14. Mai 2007, UV-act. Z263 S. 21) - von einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236). Aus dem Umstand, dass es sich um eine primäre Heckkollision mit anschliessender Frontalkollision handelt, ergibt sich keine andere Würdigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2009, 8C_304/2008, E. 5.1). 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 E. 6b).

E. 4.2.1

Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Unfalls kann nicht gesprochen werden. Sodann vermag die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas die Schwere oder besondere Art der Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu 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. Einzig die Tatsache, dass das Fahrzeug der Beschwerdeführerin nach der Heckkollision in das vordere Fahrzeug geschoben wurde (vgl. act. G 1 S. 8), vermag keine besonderen Umstände zu begründen, zumal auch die Gutachter des C.____ in Würdigung dieser Gegebenheiten zum Schluss kamen, dass es sich um eine typische Beschleunigungs- und Verzögerungsverletzung der HWS gehandelt habe (vgl. UV-act. ZM56 S. 37). Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.2 mit Hinweisen). Dies umso weniger, als die Gutachter des C.____ im Jahr 2005 vermerkten, dass ein Teil der erlebten Leistungsminderung und ein grosser Teil der beklagten Schmerzen sicherlich nicht direkt als Unfallfolge aufzufassen seien, sondern eher der Anpassungsstörung mit Somatisierungstendenz zuzordnen seien. Diese nach dem Unfall eingetretene psychiatrische Entwicklung sei durch die schon unfallunabhängig bestehenden histrionisch-dissoziativen Persönlichkeitsanteile der Beschwerdeführerin begünstigt worden (UV-act. ZM56 S. 38).

E. 4.2.2

Zum Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall in ambulanter und stationärer (vgl. UV-act. ZM15, ZM21, ZM34) Behandlung stand, ohne dass damit eine länger andauernde Besserung eingetreten wäre. Dabei handelte es sich sowohl um physio- als auch psychotherapeutische und medikamentöse Massnahmen (vgl. UV-act. ZM56 S. 4-20, ZM71 S. 3-11). In Anbetracht der Aktenlage lässt sich eine fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung nicht ohne Weiteres in Abrede stellen, zumal bei diesem Kriterium gemäss Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008 i/S S. (8C_331/2007), E. 4.2.3, auch alternativ- oder komplementärmedizinische Massnahmen zu berücksichtigen sind.

E. 4.2.3

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. 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 E. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin erklärte gegenüber den Gutachtern des C.____ im Jahr 2005 unter anderem, beim morgendlichen Aufwachen träten Kopfschmerzen auf. Die Schmerzen würden von dem dritten Halswirbelkörper aufsteigen. Es poche und klopfe und hämmere, brenne und zöge

bis in das rechte Auge. Die Beschwerden seien abhängig von der Belastung des Tages oder auch wenn helles Licht oder ungeschickte Bewegungen aufträten. Die Schmerzstärke sei morgens bei 6 nach schlechten Träumen. Hilfreich seien Mittel der chinesischen Medizin. Die Kopfschmerzen seien ständig vorhanden. Auch bestehe Schlaflosigkeit (UV-act. ZM56 S. 27f). Dazu ist zum einen festzuhalten, dass ein klar fassbares organisch/somatisches Korrelat des Kopfschmerzes nicht ausgewiesen ist (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2007, U 328/06, E. 7.2). Zum anderen stellte Dr. J. ___ die Schmerzschilderungen im Bericht vom 27. Februar 2007 mit Hinweis auf die Ergebnisse der Observierung in Frage (UV-act. ZM68), und Dr. K. ___ wies am 7. Juli 2007 auf Ungereimtheiten und Diskrepanzen hin, welche die Angaben der Beschwerdeführerin relativieren würden (UV-act. ZM70). Im späteren Gutachten von 2010 sprachen die Gutachter des C. ___ mit Bezug auf die Beschwerdedarstellung von einer bewusstseinsnahen Begehrenshaltung (UV-act. ZM71). Bei der geschilderten Aktenlage können im Zeitraum bis Mai 2007 dauerhafte und erhebliche Beschwerden nur mit unsicherer (nicht überwiegend wahrscheinlicher) Unfallkausalität angenommen werden, zumal auch hier die unfallunabhängig bestehenden histrionisch-dissoziativen Persönlichkeitsanteile der Beschwerdeführerin zu berücksichtigen sind (UV-act. ZM56 S. 38). Im Weiteren zeigen die Ergebnisse der Observation - auch wenn diese für sich allein als Momentaufnahmen nicht generell aussagekräftig bzw. beweisbildend sind - immerhin, dass nicht von ununterbrochenen (erheblichen) Beschwerden ausgegangen werden kann; dies umso weniger, als die Überwachung während eines (langen) Zeitraums von acht Monaten an verschiedenen Tagen erfolgte (UV-act. Überwachung). Damit lässt sich dieses Kriterium nicht bejahen.

E. 4.2.4

Sodann können ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen nicht schon dann angenommen werden, wenn eine Vielzahl von verschiedenen Therapien zu keinem Heilungserfolg führt. Ein schwieriger Heilungsverlauf lässt sich aus dem in E. 2 geschilderten medizinischen Sachverhalt nicht herleiten, zumal die unfallfremden Aspekte (vgl. unter anderem UV-act. ZM59 S. 38-40) auszuklammern sind. Auch kann von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, nicht gesprochen werden. Der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin nach Vorliegen des Gutachtens des C. ___ von 2005 im Jahr 2006 überwachen liess (vgl. act. G 1 S: 9), vermag keine ärztliche Fehlbehandlung im erwähnten Sinn zu belegen. Wenn die Beschwerdeführerin festhalten lässt, dass das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nach der Überwachung (Gespräch vom 8. Dezember 2006 [UV-act. Z252] und anschliessende Verfügung vom 14. Mai 2007 mit Hinweis auf das Observationsmaterial) eine massive Verunsicherung hervorgerufen habe, welche die Unfallfolgen verstärkte und perpetuierte (act. G 1 S. 9f), so ist auch hier festzuhalten, dass dies offensichtlich keine ärztliche Fehlbehandlung darstellt und auch nicht sinngemäss als solche behandelt werden kann.

E. 4.2.5

Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 E. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumata 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 so rasch wie möglich wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen 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 E. 10.2.7). - Nach dem Unfall vom 17. Januar 2002 wurde ärztlicherseits während rund zwei Jahren eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (UV-act. ZM12, ZM16, ZM29). Die Ärzte der Rehaklinik H.____ erachteten im Austrittsbericht vom 24. März 2004 eine Arbeitsleistung von 20-30% als möglich (UV-act. ZM34 S. 3). Die Gutachter des C.____ hielten im Gutachten vom 6. Mai 2005 die Verrichtung einer einfachen kaufmännischen Tätigkeit (mit gleichmässiger Belastung und viel Routine) zu 50% als zumutbar, wobei die Beschwerdeführerin eine solche Tätigkeit nur schwerlich werde ausüben wollen (UV-act. ZM56 S. 42f). Dr. G.____ bescheinigte demgegenüber weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. ZM64). Im Gutachten von 2010 gingen die Gutachter des C.____ von einer unfallunabhängig bestehenden erheblichen Beeinträchtigung auf der psychisch-geistigen Ebene aus. Auf der körperlichen Ebene sei sie durch die Adipositas in der Leistung gemindert. Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der psychiatrischen Auffälligkeiten sei unfallunabhängig eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess wenig wahrscheinlich (UV-act. ZM56 S. 28f). Den medizinischen Akten lässt sich - wie bereits erwähnt - in den Jahren von 2005 bis 2010 keine gesundheitliche Veränderung/Verbesserung entnehmen, so dass die gutachterliche Einschätzung von 2010 bereits im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. Mai 2007) Gültigkeit gehabt haben dürfte. Eine erhebliche, durch den Auffahrunfall vom 17. Januar 2002 bedingte (unfallkausale) Arbeitsunfähigkeit lässt sich unter diesen Umständen im Einstellungszeitpunkt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahen. Dieses Kriterium ist somit als nicht erfüllt anzusehen, auch wenn sich die Beschwerdeführerin zureichend bemühte, ins Erwerbsleben zurückzukehren (vgl. act. G 1 S. 10f).

E. 4.2.6

Unter diesen Umständen kann lediglich das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, die Beschwerdeführerin belastenden Therapien als erfüllt angesehen werden, womit dem Unfall vom 17. Januar 2002 keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die über den 31. Mai 2007 hinaus andauernden Beschwerden zukommt. Nach der Rechtsprechung ist bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn die Erfüllung von mindestens drei und bei solchen im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen von mindestens vier Adäquanzkriterien verlangt (SVR-UV 2010 Nr. 25, 100, E. 4.5 mit Hinweisen). Eine Einstellung der Leistungen auf den 31. Mai 2007 erscheint demgemäss ausgewiesen. Bei fehlendem bzw. weggefallenem adäquatem Unfallkausalzusammenhang steht ein Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung nicht weiter zur Diskussion. Der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin bereits eine Akontozahlung (Integritätsentschädigung) von Fr. 10'000.-- ausrichtete (UV-act. Z251), vermag keinen definitiven Leistungsanspruch zu begründen.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Aufgrund der unentgeltlichen Rechtsverteidigung

hat der Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin Anspruch auf Entschädigung durch den Staat. Ausgehend von einer praxismässigen Entschädigung (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) bei vollem Obsiegen von pauschal Fr. 4'000.-- und der Kürzung um einen Fünftel bei unentgeltlicher Rechtsverteidigung (Art. 31 Abs. 3 AnwG; sGS 963.70) ist der Rechtsbeistand mit Fr. 3'200.-- zu entschädigen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin mit Fr. 3'200.--.

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