

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/7 vom 5. März 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-03-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_7

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/7 du 5 mars 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/7 del 5 marzo 2020

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung organisch objektivierbarer Unfallfolgen in Form einer strukturellen Läsion bzw. einer schlecht verheilten strukturellen Läsion als objektivierbares Korrelat im Leistungseinstellungszeitpunkt. Unstreitiges Vorliegen organischer Körperschädigungen in Form einer Kontusion und Distorsion des gesamten Rückens nach dem Unfall. Wegfall der Kontusions- und Distorsionsfolgen im Leistungseinstellungszeitpunkt. Verneinung typischer Verletzungsfolgen nach einem Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung in Form eines typischen Beschwerdebildes mit einer Häufung von Beschwerden. Im Vordergrund steht eine psychische Symptomatik, welche für die Arbeitsunfähigkeit hauptverantwortlich ist. Adäquanzprüfung unter Anwendung der "Psycho-Praxis". Mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen. Höchstens eines der Adäquanzkriterien ist in nicht ausgeprägter Form erfüllt. Verneinung der Adäquanz (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. März 2020, UV 2018/7).

Volltext

Entscheid vom 5. März 2020 Besetzung Versicherungsrichter Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. UV 2018/7 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Mag. iur. Ernst Michael Lang, Zinggenstrasse 3, 9443 Widnau, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Sachverhalt A.____ war als Reinigerin teilzeitlich bei der B.____ und der C.____ AG angestellt und aufgrund dieser Arbeitsverhältnisse bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als sie am 6. Oktober 2016 einen Verkehrsunfall erlitt. Sie sass als Beifahrerin hinten rechts in dem von ihrem Ehemann gelenkten Auto, als der vor ihnen fahrende Autolenker sein Auto verkehrsbedingt abbremsen musste. Der Ehemann der Versicherten bremste ebenfalls ab, worauf der nachfolgende Autolenker mit seinem Auto in das Auto der Versicherten und ihres Ehemannes prallte, welches dann wiederum in das Heck des vorderen Autos geschoben wurde (Suva-act. 1, 6, 33). Die Erstbehandlung erfolgte am Unfalltag im Landeskrankenhaus D.____, wo aufgrund einer klinischen Querschnittslähmung die gesamte Wirbelsäule einschliesslich Abdomen, Thorax und Becken sowie auch der Schädel computertomographisch untersucht wurden. Nachdem sich dabei keine Traumafolgen gezeigt hatten, diagnostizierte der zuständige Arzt Dr. med. E.____, Abteilung der Unfallchirurgie, eine klinische Querschnittslähmung Höhe L3/L4 bei Status nach Auffahrunfall (Suva-act. 38 f.). Die Versicherte wurde am selben Tag in die Klinik für

Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) eingewiesen. Dort wurde nach einer Röntgenuntersuchung des rechten Schultergelenks (Suva-act. 20), einer MRI-Untersuchung der Wirbelsäule (Clivus - SWK3; Suva-act. 19), einer neurologischen Untersuchung mit SSEP/MEP-Untersuchung und einer Beurteilung durch die Psychosomatiker eine funktionelle Parese sub Th4 im Rahmen einer akuten Belastungssituation mit/bei Verkehrsunfall am 6. Oktober 2016, unauffälligem CT und MRI und unauffälligem SSEP/MEP diagnostiziert. Die Versicherte wurde bei Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit am 12. Oktober 2016 aus der Klinik entlassen (Suva-act. 14). Ab 14. Oktober 2016 befand sie sich bei ihrem Hausarzt Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Medizin, in Behandlung, welcher ihr weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Suva-act. 15, 21 f.). Am 11. Oktober 2016 war ihr eine erste Physiotherapie verordnet worden (Suva-act. 32). Mit Schreiben vom 27. Oktober 2016 sprach ihr die Suva für die Folgen des Unfalls vom 6. Oktober 2016 Leistungen für Heilbehandlungen sowie Taggelder zu (Suva-act. 8; vgl. auch Suva-act. 10 f., 13). Anlässlich einer Besprechung mit der Suva vom 13. Dezember 2016 gab die Versicherte unter anderem an, dass ihr nach dem Unfall auch das linke Knie wehgetan habe, welches sie sich wahrscheinlich am Beifahrersitz angeschlagen habe. Sie leide seither immer unter starken Rückenschmerzen und auch das linke Knie und der linke Fuss täten ihr immer weh. Psychisch gehe es ihr ebenfalls nicht gut (Suva-act. 42). Am 29. November 2016 war die Versicherte in der Klinik für Psychosomatik des KSSG durch Dr. med. G.____, Oberarzt, untersucht worden, der im Untersuchungsbericht vom 2. Dezember 2016 eine mittelgradige depressive Episode F32.1/ICD-10 sowie einen schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen F13.1/ICD-10 diagnostizierte. Dr. G.____ hielt ausserdem fest, dass er die von der Versicherten geschilderten Schmerzen einerseits als Reaktion auf den Unfall, andererseits aber auch als eine durch die aktuelle depressive Episode hervorgerufene Schmerzwahrnehmung sehe (Suva-act. 46 f.). Dr. F.____ attestierte der Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und stellte am 28. Dezember 2016 eine zweite Physiotherapieverordnung aus (Suva-act. 54 f.). Am 19. Januar 2017 wurde die Versicherte in der Klinik für Neurologie des KSSG durch Dr. med. H.____, Oberärztin/Fachärztin Neurologie FMH, und Dr. med. I.____, Assistenzärztin, untersucht, welche folgende Diagnosen stellten: 1. Verkehrsunfall am 6. Oktober 2016 mit leichtgradiger Kontusion und Distorsion des gesamten Rückens mit/bei cervico-thorako-lumbalem Schmerzsyndrom, initial funktionellem Querschnittssyndrom sub Th4, unauffälligem MRI longspine, unauffälligem SSEP/MEP, aktueller Hypästhesie circular Bein links sowie am ehesten schmerzbedingter Minderbewegung des linken Beins, Reflexe seitengleich, Knieschwellung mit Angabe von starken Schmerzen; 2. mittelgradige depressive Episode; 3. Schulter-Nacken-Arm-Syndrom rechts mit/bei unauffälligen elektroneuro-myographischen Befunden zum rechten Arm, aktuell diesbezüglich keine Schmerzen (Suva-act. 58). Dr. F.____ bescheinigte der Versicherten daraufhin weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 61). In einem am 20. Februar 2017 an die Suva gerichteten Verlaufsbericht hielt er fest, dass die Versicherte weiterhin vor allem ausgeprägte Schmerzen im Bein, jedoch mit Übergang auf ein generalisiertes Schmerzsyndrom habe. Psychisch bestehe eine auffallend depressive Verstimmung mit ausgeprägter Somatisierungstendenz. Die ambulante Beurteilung in der Klinik für Psychosomatik des KSSG vom 29. November 2016 habe eine massive psychische Überlagerung bestätigt (Suva-act. 65). Am 22. Februar 2017 wurde bei der Versicherten in der Rehaklinik Bellikon ein ambulantes Assessment durchgeführt, welches insbesondere

eine erhebliche Symptomausweitung ergab (Suva-act. 72). Am 3. März 2017 fand in der Radiologie J.____ eine MRI-Untersuchung der HWS statt. Die Radiologin Dr. med. K.____ erhob insgesamt einen altersentsprechend normalen Befund des cervicalen Achsenskeletts, insbesondere keine neurokompressiven Diskushernien oder Protrusionen, keine Spinalkanalstenose und keine Myelopathie (Suva-act. 70). Am 28. März 2017 legte die Suva den Schadenfall ihrem Kreisarzt Dr. med. L.____, Chirurgie FMH, vor, der am selben Tag zur Beurteilung gelangte, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalls vom 6. Oktober 2016 vorliegen würden (Suva-act. 81). Dr. F.____ attestierte der Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 84). Am 16. Mai 2017 wurde durch die AGU Zürich eine biomechanische Kurzbeurteilung erstellt. Aus biomechanischer Sicht ergab sich aufgrund der technischen Bewertung und der medizinischen Unterlagen, dass die anschliessend an das Ergebnis bei der Versicherten festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall, wie im vorliegenden Fall, "eher erklärbar" seien (Suva-act. 88). Mit Verfügung vom 24. Mai 2017 stellte die Suva die Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 31. Mai 2017 ein, wobei sie ausführte, dass aufgrund der Abklärungen die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien. Es sei daher die Adäquanz zu prüfen. Nachdem eine psychische Störung im Vordergrund stehe, erfolge die Beurteilung gemäss BGE 115 V 133. Nach Prüfung der massgebenden Kriterien sei die Adäquanz zu verneinen. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. 91). Am 24. Mai und 5. April 2017 stellte Dr. F.____ der Versicherten weitere Physiotherapieverordnungen aus (Suva-act. 102,107). Am 1. Juni 2017 liess die Versicherte durch die Fortuna Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Fortuna) Einsprache gegen die Verfügung vom 24. Mai 2017 erheben (Suva-act. 95). Am 31. August 2017 reichte die Fortuna die Einsprachebegründung ein (Suva-act. 114). Mit Einspracheentscheid vom 5. Januar 2018 wies die Suva die Einsprache der Versicherten vom 1. Juni 2017 ab (Suva-act. 118). Gegen den Einspracheentscheid liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) durch Rechtsanwalt Mag. iur. E. M. Lang, Widnau, am 8. Februar 2018 Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren: 1. Der Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 5. Januar 2018 sei aufzuheben und es sei a) die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin beginnend ab 1. Juni 2017 die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten und die unrechtmässig zurückbehaltenen Leistungen ab je Fälligkeitsdatum zu verzinsen; eventualiter sei b) durch das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hinsichtlich der unfallbedingten Gesundheitsfolgen ein poly-/interdisziplinäres Gutachten aus den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Neuropsychologie sowie weiterer Fachbereiche, sofern sich das aus den beantragten Gutachten ergebe, einzuholen und in der Folge die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin beginnend ab 1. Juni 2017 die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten und die unrechtmässig zurückbehaltenen Leistungen ab je Fälligkeitsdatum zu verzinsen; (sub-)eventualiter sei c) die Rechtssache an die Vorinstanz zurückzuweisen, zur Einholung eines poly-/interdisziplinären Gutachtens aus den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Neuropsychologie, sowie weiterer Fachbereiche, sofern sich aus den beantragten Gutachten ergebe, dass dies erforderlich sei, und anschliessend ein neuer Schriftenwechsel zu

gewähren. 2. Das Verfahren sei bis zum Vorliegen des im Haftpflichtverfahren in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachtens zu sistieren und anschliessend ein neuer Schriftenwechsel zu gewähren. 3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin gemäss beiliegender Honorarnote (act. G 1). Zusammen mit der Beschwerde reichte der Rechtsvertreter ein unfallchirurgisch-fachärztliches Gutachten von Dr. med. M.____, Facharzt für Unfallchirurgie, vom 30. September 2017 (act. G 1.3), eine Stellungnahme von Dr. med. N.____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juli 2017 (act. G 1.5) sowie eine Honorarnote vom 8. Februar 2018 über insgesamt Fr. 4'214.60 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer [act. G 1.6]) ein. Mit Schreiben vom 12. und 16. Februar 2018 (act. G 3, G 5) reichte Rechtsanwalt Lang eine fachärztliche Behandlungs-Bescheinigung von Dr. N.____ vom 8. Februar 2018 (act. G 3.1) und ein Konvolut von Rechnungen betreffend im Zeitraum vom 27. Oktober 2016 bis 28. Dezember 2017 erbrachter Physiotherapie-Leistungen (act. G 5.2) ein. Mit Eingabe vom 23. März 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin, auf die Beschwerde vom 8. Februar 2018 sei nicht einzutreten. Die Beschwerde sei verspätet eingereicht worden (act. G 9). Nach einem anschliessenden Schriftenwechsel zwischen dem Versicherungsgericht mit Rechtsanwalt Lang und der Beschwerdegegnerin erklärte das Versicherungsgericht mit Schreiben vom 29. Mai 2018 die Beschwerde als rechtzeitig erhoben (act. G 16). Am 27. Juni 2018 reichte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeantwort ein, worin sie die Abweisung der Beschwerde vom 8. Februar 2018 und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 5. Januar 2018 beantragte (act. G 17). In seiner Replik vom 28. August 2018 liess der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an seinen Ausführungen in der Beschwerde vom 8. Februar 2018 festhalten. Im Weiteren stellte er den Antrag, das Beschwerdeverfahren sei bis zum Vorliegen des im Gerichtsverfahren der Beschwerdeführerin mit der Haftpflichtversicherung eingeholten psychiatrischen Sachverständigengutachtens zu sistieren (act. G 20). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine umfassende Duplik und reichte am 20. September 2018 eine kurze Stellungnahme ein. Sie hielt insbesondere fest, dass der Eingang der anstehenden psychiatrischen Expertise nicht abzuwarten sei (act. G 22). Nachdem das Versicherungsgericht dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 25. September 2018 mitgeteilt hatte, dass angesichts der ohnehin langen Dauer bis zur Bearbeitung der vorliegenden Streitigkeit von der beantragten förmlichen Sistierung des Beschwerdeverfahrens abgesehen werde (act. G 23), teilte dieser mit Schreiben vom 22. August 2019 mit, dass kein Gutachten nachgereicht werde (act. G 24). Erwägungen Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2016 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die im Nachgang zum Unfall vom 6. Oktober 2016 erbrachten Leistungen (Übernahme der Kosten für Heilbehandlungen, Taggelder) auf den 31. Mai 2017 einstellte und den Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung (Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung) ablehnte. Auch nach der Leistungseinstellung wurden Heilbehandlungen durchgeführt (Suva-act. 110, act. G 1.5, G

3.1) und der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (act. G 1.5). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR. 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlungen, Taggelder) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente ist zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung. Angesichts des Gesagten besteht ein Endzustand in einem Gesundheitszustand, der zumindest im Zeitpunkt der Rentenprüfung (Art. 19 Abs. 1 oder Art. 19 Abs. 3 UVG) als stabil bzw. beständig erscheint. Dies in dem Sinn, dass Invalidität die voraussichtlich bleibende und längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ist (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Angesichts der in Erwägung 3.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen besteht ausserdem eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers endet, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der fortdauernden Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen (vgl. zu den Begriffen Status quo sine und Status quo ante: Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf, S. 54; André Nabold, in: Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 71 zu Art. 71). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58). 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2017, 8C_766/2016, E. 2.2). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu

ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1; Rumo-Jungo, a.a.O., S. 55, 58; UVG-Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 und 74 zu Art. 6; BGE 129 V 181 E. 3.1). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3; BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Bei Unfällen mit klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres sowohl bezüglich vorübergehender als auch dauerhafter Gesundheitsschäden zu bejahen (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar, ist betreffend Dauerschäden (Invalidität und Integritätsschaden) eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2016, 8C_12/2016, E. 7.1 mit Hinweisen; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa (sogenannte "Psycho-Praxis") zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, 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 (sogenannte "Schleudertrauma-Praxis"). 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). Bei fehlender natürlicher und adäquater Kausalität zwischen einem Unfall und fortdauernd geklagten Beschwerden entfällt zum Vornherein ein weiterer Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld. Die Leistungseinstellung erfolgt diesfalls ohne Prüfung des Erreichens des medizinischen Endzustands gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG und es muss deshalb auch nicht mehr geprüft werden, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (vgl. Erwägung 3.1). Dem Gesagten kommt insbesondere in Bezug auf organisch objektivierbare Unfallfolgen Bedeutung zu, wo sich der Zeitpunkt des Erreichens des medizinischen Endzustands in der Regel zuverlässig beurteilen lässt (vgl. SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, E. 3.1, U 98/06). Sind hingegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar und hat die versicherte Person ein Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 5.1), wobei nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (vgl. BGE 117 V 367 E. 6.a), liegt der Fokus auf den Voraussetzungen für das Ende des Anspruchs auf Heilbehandlung und Taggeld (Art. 19 Abs. 1 UVG). Hat der Unfallversicherer die vorübergehenden Leistungen mit Blick auf das Erreichen des medizinischen Endzustands zu Recht eingestellt, folgt erst hinsichtlich der Ansprüche auf die Dauerleistung Rente oder eine Integritätsentschädigung die Prüfung, ob zum Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen noch adäquat unfallkausale Restfolgen in Form eines Dauerschadens (Invalidität und Integritätsschaden) vorhanden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2017, 8C_254/2017, E. 4.3). Eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu den psychogenen Unfallfolgen bzw. der sogenannten "Psycho-Praxis" ist im Zeitpunkt des Dahinfallens der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines somatischen Gesundheitsschadens oder des Erreichens des medizinischen Endzustands der physischen Unfallverletzungen vorzunehmen. Dies ergibt sich daraus, dass die psychischen Beschwerden im Rahmen der Adäquanzbeurteilung gemäss "Psycho-Praxis", wo es gerade um die Beurteilung der Unfallkausalität psychischer Beschwerden geht, auszuklammern und nur die physischen Unfallfolgen zu berücksichtigen sind. Bei den psychischen Fehlentwicklungen nach dem Unfall (BGE 115 V 133) haben mithin die psychischen Unfallfolgen auf den Zeitpunkt der Adäquanzbeurteilung keine Auswirkung (BGE 134 V 109 E. 6.1; SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, E. 3.1, U 98/06). Vorerst ist zu prüfen, ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Mai 2017 noch organisch objektivierbare Unfallfolgen vorhanden waren, welche die fortdauernd geklagten Beschwerden verursachen konnten. Die Beschwerdeführerin beklagte über die Leistungseinstellung hinaus insbesondere Schmerzen vom Nacken über den gesamten Rücken in das linke Bein ausstrahlend. Weiter litt sie unter linksseitigen Kniebeschwerden (act. G 1.3). Während von der Beschwerdeführerin schliesslich echtzeitlich auch Schmerzen an der rechten Schulter beklagt worden waren und von ärztlicher Seite eine Schulterkontusion rechts diagnostiziert worden war (Suva-act. 72), waren diese Beschwerden im weiteren Verlauf nicht mehr aktenkundig (Suva-act. 58, act. G 1.3 S. 6). Die röntgenologische Untersuchung vom 6. Oktober 2016 hatte jedenfalls auch nicht auf einen strukturellen Gesundheitsschaden bzw. eine frische ossäre Läsion hingewiesen (Suva-act. 20). Die Schulterverletzung scheint damit im Leistungseinstellungszeitpunkt verheilt gewesen zu sein. Für die Annahme unfallkausaler

somatischer Restfolgen wird grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Die Beschwerdeführerin wurde mit Blick auf die von ihr im Leistungseinstellungszeitpunkt beklagten Beschwerden, insbesondere hinsichtlich des bei ihr am Unfalltag klinisch gezeigten dissoziativen Querschnittsbildes sub Th4, umfassend radiologisch untersucht. Laut Ambulanzprotokoll von Dr. E.____ vom 6. Oktober 2016 sind bei der Beschwerdeführerin im Landeskrankenhaus D.____ am Unfalltag verschiedene CT-Untersuchungen - des Schädels/Gesichtsschädels, der Wirbelsäule und der HWS, des Thorax und des Beckens - durchgeführt worden, welche jedoch keine Traumafolge, insbesondere keine Wirbelsäulenfraktur, zur Darstellung gebracht haben. Es zeigten sich eine regelrechte Darstellung der Schädelcalotte, keine blutungstypische intercerebrale Veränderung, keine Liquorzirkulationsstörung und keine Mittellinienverlagerung. Im Bereich der HWS konnten regelrechte Stellungsverhältnisse ohne Nachweis einer Fehlstellung oder Fraktur erhoben werden. Auch im Bereich des Thorax und Abdomens waren keine Läsionen, auch keine Rippenfrakturen, feststellbar. BWS, LWS und Becken waren ohne Nachweis einer frakturverdächtigen Linie. Auch die CT-morphologische Darstellung des Myelons (Rückenmark) war ohne Nachweis einer intraspinalen Blutung (Suva-act. 39). In einer MRI-Untersuchung (Clivus bis SWK3) vom 6. Oktober 2016 durch Dr. med. O.____, Arzt der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG, konnte sodann ein altersentsprechend normales vertebrosponiales Kernspintomogramm ohne Nachweis posttraumatischer Veränderungen oder Läsionen des Myelons ausgemacht werden (Suva-act. 19). Entsprechend hielten die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates im Austrittsbericht vom 14. Oktober 2016 fest, dass sich im Rahmen der long-spine MRT-Diagnostik keine Pathologien gezeigt hätten. Weiter wurde ausgeführt, dass sich neurologisch das Querschnittsbild ebenfalls dissoziativ gezeigt habe, jedoch als funktionell ohne somatische Ursache gewertet worden sei. Eine neurologische Untersuchung mit SSEP/MEP habe sodann unauffällige Befunde gezeigt. Bei fehlender somatischer Ursache bestehe kein orthopädischer Handlungsbedarf (Suva-act. 14). Am 19. Januar 2017 erfolgte zur Abgrenzung psychischer und somatischer Beschwerden eine weitere neurologische Untersuchung in der Klinik für Neurologie des KSSG durch Dr. H.____ und Dr. I.____. Die Ärzte sahen klinisch im Vergleich zum Vorbefund mit Parese sub Th4 nun insgesamt eine deutliche Verbesserung und unverändert, bei damals unauffälligem MRI-long-spine-Befund, kein Hinweis auf eine neurologische Genese der Beschwerden. Es falle allerdings eine Schwellung im Bereich des linken Kniegelenks und des linken Unterschenkels auf, welche möglicherweise einem Inaktivitätsödem entspreche (Suva-act. 58). Eine traumatische Läsion wurde damit nicht in Erwägung gezogen. Auch dem Untersuchungsbericht von Dr. med. P.____, Assistenzärztin, Arbeitsorientierte Rehabilitation, sowie Dr. med. Q.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, beide Rehaklinik Bellikon, vom 1. März 2017 über das ambulante Assessment (Suva-act. 71) sind keine Hinweise auf strukturelle Verletzungen im

Bereich des Schädels, der Wirbelsäule und des linken Knies zu entnehmen. Vielmehr wurde bei der Beschwerdeführerin eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt, was auf eine mangelnde Objektivierung einer strukturellen Schädigung, welche die beklagte Schmerzsymptomatik erklären könnte, hinweist. Eine MRI-Untersuchung der HWS durch Dr. K.____ vom 3. März 2017 zeigte sodann insgesamt einen altersentsprechend normalen MRI-Befund des cervikalen Achsenskelettes, insbesondere weiterhin keine neurokompressiven Diskushernien oder Protrusionen, keine Spinalkanalstenose und keine Myelopathie (Suva-act. 70). Wie von Kreisarzt Dr. L.____ am 28. März 2017 (Suva-act. 81) festgehalten, steht mit den in Erwägung 4.2.2 genannten Röntgen-, MRI-, CT- sowie klinischen Untersuchungsergebnissen ausser Frage, dass die Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anlässlich des Unfalls vom 6. Oktober 2016 keine klar ausgewiesene neue, bleibende oder allenfalls schlecht verheilte, strukturelle Läsion im Bereich des Schädels, der Wirbelsäule, des Beckens und linken Knies erlitten hat, welche die überwiegend wahrscheinliche Annahme von Langzeitbeschwerden zulassen würde. Dies bestätigte auch die nachfolgende unfallchirurgisch-fachärztliche Begutachtung durch Dr. M.____ vom 30. September 2017. Dieser Arzt fertigte ein Röntgenbild des linken Kniegelenks an, welches unauffällig war. Zusammenfassend hielt er mit Blick auf die gesamten vorliegenden radiologischen Untersuchungsergebnisse sowie gestützt auf seine klinische Untersuchung fest, dass für das Gesamtbeschwerdebild organische Ursachen fehlen würden und aus unfallchirurgischer Sicht Dauerfolgen auszuschliessen seien (act. G 1.3). In den medizinischen Akten wird mithin eine übereinstimmende Schlussfolgerung vertreten. In den medizinischen Akten wurden allerdings nach dem Unfall vom 6. Oktober 2016 unstrittig organische Körperschädigungen in Form einer Kontusion und Distorsion des gesamten Rückens respektive der gesamten Wirbelsäule, des Beckens, des linken Kniegelenks und der rechten Schulter diagnostiziert (Suva-act. 58, 65; act. G 1.3), bezüglich welcher es zu prüfen gilt, ob sie bis zur Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen per 31. Mai 2017 vollständig abgeheilt gewesen sind. Wie in Erwägung 4.1 festgestellt, kann davon hinsichtlich der rechten Schulter bereits ausgegangen werden, wofür im Übrigen ebenso die nachfolgenden Ausführungen sprechen (vgl. Erwägung 4.3.2). Bei einer Kontusion oder Distorsion handelt es sich grundsätzlich um eine Weichteilverletzung ohne strukturelle Läsion der Gelenke, Knochen, Bänder und Sehnen. Es entspricht einer medizinischen Erfahrung, dass Kontusionen oder Distorsionen ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit folgenlos abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Berlin 2002, S. 412, 1096 f.; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 981; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 357). Dauern die Beschwerden nach einer einfachen Kontusion oder Distorsion länger, steht oftmals eine psychische Anpassungsstörung oder Fehlentwicklung dahinter (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007, U 357/06, E. 4.5). Der vorgenannte Erfahrungssatz darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen bzw. des Status quo sine vel ante zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Auch ohne Veränderung bzw. Besserung der klinischen Befundsituation kann ab einem bestimmten Datum von einem Dahinfallen der Unfallfolgen ausgegangen werden bzw.

können fortdauernde Beschwerden aufgrund der obgenannten medizinischen Erfahrungstatsache eben nicht mehr auf den Unfall zurückgeführt werden. In Bezug auf Weichteilzerrungen bzw. -prellungen am Rücken hält Autor Erich Bär, Facharzt für Chirurgie FMH, in den Medizinischen Mitteilungen der Suva Nr. 79 [2008], S. 101, fest, dass diese ungeeignet seien, länger als einige Wochen bis wenige Monate Beschwerden zu machen, die mit organischen Folgen der ursprünglichen Verletzung zu erklären wären, und weist auf zahlreiche weitere Publikationen hin (Erich Bär, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule. Ein Update. In Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 [1994], S. 45). Dr. M. ___ schätzt in seinem unfallchirurgisch-fachärztlichen Gutachten vom 30. September 2017 die Heilungsdauer der von der Beschwerdeführerin beim Unfall vom 6. Oktober 2016 erlittenen Kontusionen und Distorsionen in Übereinstimmung mit der dargelegten medizinischen Erfahrung auf maximal vier Monate ein (act. G 1.3). Angesichts dessen, dass Dr. H. ___ und Dr. I. ___ sowie Dr. F. ___ in ihren Untersuchungsberichten vom 3. und 20. Februar 2017 (Suva-act. 58, 65) lediglich eine leichtgradige Kontusion und Distorsion des Rückens diagnostizierten, erscheint die von Dr. M. ___ angenommene Heilungsdauer, welche er auch auf die Beschwerden im Bereich des Beckens, des linken Knies und der rechten Schulter bezieht, als angemessen. Im Übrigen stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen erst rund acht Monate nach dem Unfall ein, weshalb die Heilung der Unfallverletzungen selbst bei verzögertem Verlauf sicher abgeschlossen war. Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. In den vorliegenden Akten finden sich keine Hinweise, welche bezüglich des Heilungsverlaufs der von der Beschwerdeführerin beim Unfall vom 6. Oktober 2016 erlittenen Kontusions- und Distorsionsverletzungen im Bereich der Wirbelsäule, des Beckens, der rechten Schulter und des linken Kniegelenks auf einen Ausnahmefall hinweisen. In Bezug auf die BWS, LWS und das Becken ist beizufügen, dass diese durch die Sitzlehne eine erhebliche Verminderung der aufprallbedingten Krafteinwirkung erfahren haben, zumal die Beschwerdeführerin angegurtet gewesen ist (vgl. Suva-act. 42). Auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin gemäss Erklärung gegenüber der Beschwerdegegnerin vom 13. Dezember 2016 vor dem Unfall vom 6. Oktober 2016 nie an Rücken- und Nackenbeschwerden gelitten hat, vermag keine längere Heilungsdauer zu begründen. Der zeitliche Aspekt allein besitzt in solchen Fällen, in denen das Vorliegen einer strukturellen Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden kann, keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft (vgl. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 4 N 69; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn 1205 [untaugliche Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13, S. 52 E.7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Im Übrigen wurde von Dr. N. ___ in der "Fachärztlichen Bescheinigung – Behandlung" vom 8. Februar 2018 (act. G 3.1) die somatische Diagnose eines cervicobrachialen Schmerzsyndroms seit Sommer 2009 intermittierend gestellt und in der Stellungnahme vom 6. Juli 2017 festgehalten, dass die gesundheitlichen Beschwerden, Wirbelsäulenschmerzen im Nacken und Brustbereich, laut Hausarzt Dr. F. ___ schon vor dem Unfall vom 6. Oktober 2016 bestanden hätten (act. G 1.5). Inwiefern sich vorbestehende Nackenschmerzen von den über das Leistungseinstellungsdatum hinaus fortdauernden Nackenschmerzen unterscheiden sollten (vgl. dazu G 20), ist nicht nachvollziehbar oder zumindest nicht nachgewiesen. In der

biomechanischen Kurzbeurteilung vom 16. Mai 2017 (Suva-act. 88) wurde zwar festgehalten, dass sich aus biomechanischer Sicht aufgrund der technischen Bewertung und der medizinischen Unterlagen ergebe, dass die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall, wie im vorliegenden Fall, eher erklärbar seien. Eine biomechanische Kurzbeurteilung kann zwar allenfalls bei der Adäquanztprüfung berücksichtigt werden, sie ist jedoch keine hinreichende Grundlage für eine Kausalitätsbeurteilung (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 57). So wurde denn auch in der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 16. Mai 2017 ausdrücklich festgehalten, dass sich diese auf den aus biomechanischer Sicht überschaubaren Zeitraum von ungefähr einem halben Jahr konzentriere. Der weitere Beschwerdeverlauf könne im individuellen Fall auch von vielen Einflüssen abhängen, die nicht im Bereich der Biomechanik liegen würden (Suva-act. 88). Im vorliegenden Fall ist vielmehr davon auszugehen, dass die über das Leistungseinstellungsdatum hinaus andauernden Beschwerden insbesondere psychisch begründet sind (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 5.3). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nach Massgabe der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Mai 2017, d.h. rund acht Monate nach dem Unfallereignis, von einem Wegfall der Kontusions- und Distorsionsfolgen als Ursache der noch geklagten Beschwerden auszugehen ist. Eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin wegen objektivierter organischer Unfallrestfolgen infolge der Kontusionen bzw. Distorsionen lässt sich nicht begründen. Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung allenfalls noch unter natürlich und adäquat kausalen nicht objektivierbaren organischen und/oder psychischen Unfallrestfolgen litt. Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen (u.a. HWS-Distorsion, Schädelhirntrauma; vgl. dazu RKUV Nr. 341 S. 408 E. 3b; BGE 117 V 369 E. 3) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 E. 5d/aa). Gemäss der sogenannten "Schleudertrauma-Praxis" ist bei diagnostiziertem Schleudertrauma der HWS und äquivalenten Mechanismen mit Vorliegen eines für diese Verletzungen typischen Beschwerdebildes (mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.) der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen, selbst wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind (vgl. BGE 134 V 116 f. E. 6.2; BGE 119 V 337 f. E. 1; BGE 117 V 360 f. E. 4b). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Es genügt, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts vom 5. Januar 2009, 8C_413/2008, E. 5.2 mit zahlreichen Hinweisen, 28. Dezember 2007, 8C_498/2007, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen und 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die anderen im Rahmen des Schleudertraumas oder der HWS-Distorsion

typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen. Der von der Beschwerdeführerin erlittene Unfallmechanismus mit Doppelkollision könnte an sich für ein Schleudertrauma und/oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung sprechen. Während sich in den echtzeitlichen medizinischen Akten keine entsprechende Diagnose findet (Suva-act. 14, 39), könnte die in den späteren medizinischen Akten (vgl. Suva-act. 58, 65, 72; act. G 1.3) aufgeführte Diagnose einer Distorsion bzw. Zerrung des gesamten Rückens einer schleudertraumaähnlichen Verletzung gleichgesetzt werden. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hält zudem der echtzeitlichen Situation in der Beschwerde vom 8. Februar 2018 entgegen, es hätten mannigfache Hinweise für ein Schleudertrauma vorgelegen, ohne dass diesen auf den Grund gegangen worden sei. Es sei davon auszugehen, dass sich die behandelnden Ärzte des Landeskrankenhauses D.____ bei der Behandlung und Diagnose hauptsächlich mit der klinischen Querschnittslähmung in den Beinen und der sich zeigenden Bewegungseinschränkung in der rechten oberen Extremität beschäftigt hätten und aus diesem Grund das - weit weniger gravierende - HWS-Syndrom nicht separat diagnostiziert worden sei. Selbst wenn dem so wäre, ist jedoch festzuhalten, dass die innerhalb einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden und auch später aktenkundige Beschwerdesymptomatik insgesamt gegen das Vorliegen einer durch den Unfall vom 6. Oktober 2016 überwiegend wahrscheinlich verursachten Schleudertraumaverletzung oder äquivalenten Verletzung spricht. Laut Ambulanzprotokoll von Dr. E.____ vom 6. Oktober 2016 gab die Beschwerdeführerin ausgesprochene Wirbelsäulenbeschwerden an, welche offensichtlich auch die HWS umfassten (Suva-act. 39). In den nachfolgenden medizinischen Akten sind aber keine weiteren schleudertraumatypischen Beschwerden erwähnt (vgl. insbesondere Suva-act. 14, 58, 65). Eine Häufung derselben (Kopfschmerzen, Drehschwindel, Kraftlosigkeitsgefühl, Schwarzwerden vor den Augen und Verschwommensein, Schlafstörungen, kognitive Probleme) ist erstmals und einzig im Bericht von Dr. P.____ und Dr. Q.____ vom 1. März 2017 über das ambulante Assessment und damit mehrere Monate nach dem Unfall vermerkt. Entsprechend wurde bei der Beschwerdeführerin im ambulanten Assessment eine erhebliche Symptomausweitung erhoben (Suva-act. 72). Bereits Dr. F.____ hatte im Verlaufsbericht vom 20. Februar 2017 von einem Übergang auf ein generalisiertes Schmerzsyndrom geschrieben (Suva-act. 65). Die Wirbelsäulenbeschwerden wurden sodann im Zeitpunkt des ambulanten Assessments subjektiv eher von der LWS nach oben Richtung Rücken ausstrahlend beschrieben. Die LWS- wie auch die BWS- und Schulterschmerzen waren wohl eher auf die Kontusionen bzw. Prellungen zurückzuführen. Allein mit HWS-Beschwerden können keine typischen Verletzungsfolgen nach einem Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung in Form eines typischen Beschwerdebildes mit einer Häufung von Beschwerden bejaht werden. Die in den medizinischen Akten wiederholt und übereinstimmend diagnostizierte Depression bzw. depressive Episode (Suva-act. 46, 58, 72; act. G 3.1, G 1.5) gehört an sich zwar auch zum typischen Beschwerdebild im Anschluss an ein Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung (vgl. Erwägung 5.1). Im vorliegenden Fall ist jedoch mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Depression nicht aus einer allfälligen Schleudertraumaverletzung bzw. äquivalenten Verletzung hervorgegangen ist und zusammen mit den Nackenbeschwerden Teil schleudertraumaspezifischer Beschwerden bildet, sondern ein davon zu trennendes

eigenständiges Leiden darstellt (vgl. nachfolgende Erwägung 5.3 f.). Die vorliegenden medizinischen Akten zeigen diesbezüglich insgesamt übereinstimmend und eindeutig die Beurteilung auf, dass die physischen Beschwerdeanteile zumindest im Zeitpunkt der Leistungseinstellung an Bedeutung verloren haben bzw. die ursprünglichen Verletzungen als abgeheilt betrachtet werden können und die fortbestehenden Beeinträchtigungen schon frühzeitig zunehmend und danach ausschliesslich die Folge einer psychischen Fehlentwicklung sowie psychosozialer Belastungsfaktoren darstellten. So wurde bereits die echtzeitlich erhobene funktionelle Parese sub Th4 im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion, mithin nicht organisch begründet, gesehen (Suva-act. 14, 39). Dr. G.____ sah anlässlich seiner Untersuchung vom 29. November 2016 die von der Beschwerdeführerin berichteten Schmerzen einerseits als Reaktion auf den Unfall, andererseits auch als durch die depressive Episode hervorgerufene verstärkte Wahrnehmung (Suva-act. 46). Dr. F.____ sprach im Verlaufsbericht vom 20. Februar 2017 bereits von einer psychisch auffallend depressiven Verstimmung mit ausgeprägter Somatisierungstendenz und vor allem auch von einer massiven psychischen Überlagerung (Suva-act. 65). Im Rahmen einer Somatisierungstendenz werden körperliche Symptome bzw. Schmerzen geklagt, die nicht als körperliches Leiden qualifiziert werden, denn auch eine psychische Gesundheitsschädigung kann sich in körperlichen Beschwerden zeigen (AHI 2000 S. 159 E. 4b mit Hinweisen). Das Charakteristikum einer Somatisierungstendenz ist gerade die wiederholte Darbietung subjektiv empfundener körperlicher Symptome, obwohl im Vergleich zur objektiven Befunderhebung erhebliche Diskrepanzen bestehen (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1622; WHO und Dilling/Momour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 10. Aufl. Bern 2015, S. 224 ff.). Wie bereits erwähnt, wurde sodann bei der Beschwerdeführerin im Rahmen des ambulanten Assessments in der Rehaklinik Bellikon vom 22. Februar 2017 eine erhebliche Symptomausweitung erhoben. Im Bericht vom 1. März 2017 wurde von Dr. P.____ und Dr. Q.____ ausserdem auf eine psychosoziale Belastungssituation zufolge einer schwierigen finanziellen Situation durch die Arbeitslosigkeit der Beschwerdeführerin und ihres Ehemannes hingewiesen (Suva-act. 72). Dr. N.____ stellte überdies neben einer mittelgradigen depressiven Episode auch weitere psychiatrische Diagnosen, nämlich eine posttraumatische Verbitterungsstörung F43.8 ICD-10 nach dem Autounfall am 6. Oktober 2016 sowie einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, ängstlich vermeidend unsicher, zwanghaft F61.0 ICD-10 (act. G 3.1). In ihrer Stellungnahme vom 6. Juli 2017 wies Dr. N.____ auf einen psychischen Vorzustand in Form einer emotionalen Vulnerabilität bzw. eine Prädisposition für die Entwicklung einer posttraumatischen Verbitterungsstörung und einer mittelgradigen Depressivität hin. Es sei bei der Beschwerdeführerin nicht möglich zu differenzieren, inwieweit sie oder ob sie überhaupt vor dem Unfall emotional gestört gewesen sei. All ihre gesundheitlichen Beschwerden bringe sie mit dem Unfallereignis vom 6. Oktober 2016 in Verbindung. Bereits vor dem Unfallereignis habe bei der Beschwerdeführerin laut hausärztlicher Angabe eine Schmerzstörung bzw. ein Cervicobrachialsyndrom seit Sommer 2009 vorgelegen, welche bzw. welches durch den Unfall intensiviert worden sei. Im Rahmen dieser Verstärkung sei die aktuelle mittelgradige Depressivität und hochgradige Steigerung des Schmerzempfindens entstanden. In der Fachliteratur sei gut bekannt, dass sich Schmerzstörung und Depressivität gegenseitig verstärken und - wie auch bei der Beschwerdeführerin - Ein- und Durchschlafstörungen verursachen würden. Sie, Dr. N.____, wolle insbesondere die Feststellung von Dr. G.____ hervorheben (vgl. Suva-act. 46), nach

dessen Einschätzung die von der Beschwerdeführerin berichteten Schmerzen einerseits auf den Unfall zurückgeführt, andererseits aber auch als durch die aktuelle depressive Episode hervorgerufene, verstärkte Schmerzwahrnehmung gesehen werden könnten. Hier bestätigten sich tatsächlich die Depressivität und auch die Schmerzstörung im Zusammenhang. Laut diesen Ausführungen von Dr. N.____ kommt zwar dem Unfall für die Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin eine massgebende Bedeutung zu, doch entwickelt sich diese offensichtlich auf einer rein psychischen Ebene. Diese dominiert die Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin ohne Mitbeteiligung einer somatischen Unfallläsion oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung. Dr. N.____ beschreibt einzig psychische Vorgänge. So führt sie weiter aus, dass sicherlich eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bzw. Teilzeitarbeitsunfähigkeit bestehe, da die Beschwerdeführerin kein organisches Korrelat für ihre ganzkörperliche Schmerzstörung aufweise und da sie unter mehreren psychiatrischen Diagnosen leide. Die Arbeitsunfähigkeit sei ausschliesslich psychisch zu begründen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass - selbst wenn davon ausgegangen würde, dass der Unfall vom 6. Oktober 2016 ein Schleudertrauma bzw. eine schleudertraumaähnliche Verletzung zur Folge gehabt hätte - daraus folgende Beeinträchtigungen im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt stark überlagert und/oder durch psychische Vorzustände intensiviert worden wären. Die psychische Symptomatik steht klar im Vordergrund und ist demgemäss hauptverantwortlich für die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Für die Beurteilung der Adäquanz gelangen somit die Kriterien der "Psycho-Praxis" zur Anwendung. Entsprechend sind die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen (vgl. u.a. Urteil vom 28. April 2010, 8C_903/2009, E. 4.6). Nachdem - wie in Erwägung 4.3 festgestellt - in Bezug auf die somatischen Unfallfolgen per 31. Mai 2017 von einem Status quo sine vel ante und damit von einer Heilung auszugehen ist, durfte die Beschwerdegegnerin die Adäquanzprüfung in Bezug auf die vorliegenden psychischen Beschwerden auf denselben Zeitpunkt hin vornehmen (vgl. Erwägung 3.5). Selbst wenn vorliegend - wie von Dr. G.____ und Dr. N.____ offensichtlich angenommen - ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfall zu bejahen wäre, müsste - wie nachfolgend zu zeigen sein wird - das Bestehen des adäquaten Kausalzusammenhangs verneint werden. Vor diesem Hintergrund kann die Frage, ob es sich bei den heute bestehenden psychischen Gesundheitsstörungen der Beschwerdeführerin um eine natürliche Folge des versicherten Unfalls handelt, offenbleiben (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67). Auch von einer polydisziplinären Begutachtung, welche in erster Linie der Beurteilung natürlicher Kausalzusammenhänge dienen würde, kann abgesehen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2008, 8C_217/2008, E. 7.3), zumal die Beschwerdeführerin in den verschiedenen, vorliegend in Betracht fallenden medizinischen Fachrichtungen (insbesondere orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch) bereits umfassend abgeklärt wurde. Damit bedarf es also auch für die Klärung von bei der Prüfung einzelner Adäquanzkriterien zuweilen auftauchenden Problemen keines polydisziplinären Gutachtens (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2008, 8C_527/2008, E. 3.2.2). Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines adäquat-kausalen Zusammenhangs zwischen Unfall und psychischer Gesundheitsstörung zutreffend dar (Suva-act. 118, Erwägung Ziff. 2), darauf kann verwiesen werden. Zur Einstufung des Unfallereignisses nach dessen Schwere liefert die biomechanische Kurzbeurteilung der AGU Zürich vom 16.

Mai 2017 (Suva-act. 88) Erkenntnisse zu den Geschwindigkeiten bzw. Geschwindigkeitsänderungen beim Unfall. Das Auto, in welchem die Beschwerdeführerin als Beifahrerin sass, erfuhr beim Unfall vom 6. Oktober 2016 eine Frontal- und Heckkollision, wobei man sich in der biomechanischen Kurzbeurteilung auf die Heckkollision konzentrierte, welcher in Bezug auf Beschwerden der HWS eine grössere Bedeutung zukomme als der Frontalkollision. Das Auto erfuhr durch den Heckanstoß eine Geschwindigkeitsänderung in Vorwärtsrichtung innerhalb oder oberhalb eines Bereichs von 10-15 km/h. Biomechanisch relevante Besonderheiten seien nicht aktenkundig, es liege somit keine Abweichung vom Normalfall vor. Es liege allerdings die äusserst seltene Diagnose einer funktionellen Parese sub Th4 im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion vor. Da die Diagnose klar von einer nicht verletzungsbedingten Ursache der Parese spreche, ergäben sich hier aus biomechanischer Sicht keine Erklärungsmöglichkeiten. Die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher erklärbar. Gestützt auf diese biomechanische Kurzbeurteilung ging die Beschwerdegegnerin von einem mittelschweren Ereignis an der Grenze zu den leichten Unfällen aus. Dieser Einschätzung der Unfallschwere kann in Anbetracht der von der Beschwerdegegnerin zutreffenden Feststellung, dass die obgenannte Geschwindigkeit nicht mehr als gering, aber auch nicht als besonders hoch zu bezeichnen sei, gefolgt werden, zumal diese Qualifizierung auch der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Kasuistik in Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 61 ff.; SVR 2009UV Nr.39 S. 134, 8C_304/2008; Urteile des Bundesgerichts vom 15. Dezember 2016, 8C_651/2016, E. 5.4, 6. Juni 2012, 8C_906/2011, 30. August 2010, 8C_580/2010, E. 5.2.2., und 16. Mai 2008, 8C_252/2007, E. 6.1 f. mit weiteren Hinweisen) entspricht und sich auch mit Blick auf den konkreten Sachschaden am Auto, in welchem die Beschwerdeführerin sass (vgl. Suva-act. 33, 88/2), keine andere Zuordnung aufdrängt. Der adäquate Kausalzusammenhang bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ist zu bejahen, falls ein einzelnes der nach der Rechtsprechung einzubeziehenden Kriterien (vgl. BGE 115 V 140 E. 6c/aa; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O. S. 69 ff.) besonders ausgeprägt vorhanden ist oder mindestens vier der massgeblichen Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009, E. 5; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O. S. 64; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 70 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 92 zu Art. 6). Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. Januar 2018 (Suva-act. 118) zu den einzelnen Adäquanzkriterien Stellung genommen. Ihre Ausführungen sind nicht zu beanstanden. Zu ergänzen ist, dass auch durch den Umstand, dass das Auto, welches demjenigen folgte, in welchem die Beschwerdeführerin als Beifahrerin sass, möglicherweise ungebremst auf dieses auffuhr, weil der Fahrer Gas gab, anstatt zu bremsen (vgl. Suva-act. 33/3; act. G 1, S. 9 Ziff. 1.2.2), keine besonders dramatischen Begleitumstände gegeben sind. Relevant ist die konkrete Geschwindigkeitsänderung des Autos, in welchem die Beschwerdeführerin sass. Diese war, wie bereits erwähnt, nicht gering aber auch nicht besonders hoch. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass sich das vorgenannte Ereignis ohne Wahrnehmung der Beschwerdeführerin abspielte, womit ihm auch keine besondere Eindrücklichkeit zukommen konnte. Selbst wenn dem Umstand Rechnung getragen würde, dass die Beschwerdeführerin einen Schock verspürte, weil sie ihre Beine nicht mehr bewegen konnte, könnte das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit höchstens in einfacher Form erfüllt sein. Von einer besonderen

Ausgeprägtheit kann nicht gesprochen werden (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2011, 8C_488/2011, E. 5.1.1). Die meisten Adäquanzkriterien - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit - können schliesslich auch nicht wegen der ihnen allesamt zukommenden zeitlichen Komponente (Status quo sine vel ante spätestens rund acht Monate nach dem Unfall [vgl. Erwägung 4.3]) als erfüllt betrachtet werden. Nachdem somit höchstens eines der Adäquanzkriterien in nicht ausgeprägter Form als gegeben zu erachten ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass der erlittene Unfall geeignet war, die psychischen Beschwerden kausal zu bewirken. Mit Bezug auf die psychische Problematik der Beschwerdeführerin besteht deshalb kein Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 5. Januar 2018 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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