



Fall-Nr.: UV 2007/31, UV 2007/39
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 05.05.2020
Entscheiddatum: 19.06.2008

Entscheid Versicherungsgericht, 19.06.2008

Art. 6 UVG: Beurteilung der Unfallkausalität von gesundheitlichen Einschränkungen im Nachgang zu einer HWS-Distorsion. Typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nach dem Unfall bejaht. Die psychischen und physischen Beschwerden ergeben ein komplexes Gesamtbild, weshalb die Adäquanzbeurteilung nach den Regeln gemäss BGE 117 V 359 ff. zu erfolgen hat. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden ist zu bejahen, da mehrere der erforderlichen Kriterien erfüllt sind (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St, Gallen vom 19. Juni 2008, UV 2007/31+39). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_674/2008.

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber und
Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Marcel Kuhn

Entscheid vom 19. Juni 2008

in Sachen

S.____,

Beschwerdeführerin 1,

vertreten durch Rechtsanwalt PD Dr. Dieter Kehl, Poststrasse 22, Postfach 118,
9410 Heiden,

und

SWICA Gesundheitsorganisation, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin 2,

gegen

Generali Versicherungen, Rue de la Fontaine 1, 1211 Genève 3,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Michael Alde, c/o Strickler & Partner,
Bahnhofstrasse 26, 9320 Arbon,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Die 1976 geborene S.____ war bei der A.____ tätig und dadurch bei der Generali Versicherungen (nachfolgend: Generali) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 9. Januar 2001 wurde sie als Lenkerin eines Personenwagens in einen Auffahrunfall verwickelt. Dr. med. B.____, Klinik für Orthopädische Chirurgie, Kantonsspital St. Gallen (KSSG), diagnostizierte noch am Unfalltag eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS). Proximal paravertebral zeigten sich ein Muskelhartspann sowie ein Druckschmerz beidseitig. Die Versicherte beklagte eine Schmerzausstrahlung vom proximalen Nacken bis parietal beidseits. Die HWS-Beweglichkeit war subjektiv bis auf die Inklination, welche aufgrund der Nacken-Spannungsschmerzen eingeschränkt war, frei. Der Röntgenbefund ergab keine ossären Läsionen (Generali-act. 2, 3). Vom 22. Februar bis 24. März 2001 erfolgte ein Rehabilitationsaufenthalt im Kurhaus Cademario. Laut Austrittsbericht vom 31. März 2001 (Generali-act. 18) wurden ein Status nach Hyperextensionstrauma der Halswirbelsäule mit radiologischer Streckhaltung und rechtskonvexer skoliotischer Fehllhaltung der HWS bei kernspintomografisch intakten Strukturen C0 bis Th4 mit Ausnahme nicht sicherer Darstellung des Ligamentum alare links ohne sichere Relevanz, radiologisch intakte Akromioklavikulargelenksverhältnisse



links mit Ausnahme etwas weiter Gelenkspalte, ein residuelles, posttraumatisches Syndrom bei/mit massiver Schonhaltung der linken Schulter, residuellem Schmerzsyndrom, ausgeprägter, vegetativer, vasomotorischen Dysästhesie, Parästhesie und Störung des Kalt-Warm-Empfindens in der linken Körperseite, maximal ausgeprägt im linken Arm, ein reaktives, neuropsychisches Defizit, vorwiegend mnestiche Störung sowie eine traumainduzierte psychische und somatische Leistungsschwäche diagnostiziert. Vom 30. August bis 10. Oktober 2001 erfolgte ein stationärer Aufenthalt in der Schmerzlinik Kirschgarten, Basel. Im Austrittsbericht vom 21. November 2001 (Generali-act. 60) wurden folgende Diagnosen festgehalten: Complex Regional Pain Syndrom (CRPS) Typ I mit Dystonie bei Quadrantensyndrom links (Hals-, Schulter- und Armbeteiligung links) mit sympathisch unterhaltenem Schmerzanteil, Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 9. Januar 2001, traumainduzierte psychische und somatische Leistungsschwäche, rezidivierende gastrointestinale Beschwerden bei vegetativer Labilität und normozytäre Anämie. Vom 29. Oktober bis 7. November 2001 erfolgte wegen Magen-Darm-Beschwerden eine notfallmässige Hospitalisation im Kantonalen Spital Rorschach. Dem Austrittsbericht vom 7. November 2001 (Generali-act. 62) ist u.a. die Diagnose eines CRPS Typ I mit/ bei Kontraktion des Musculus trapezius links mit Schulterhochstand, genereller Minderinnervation des linken Arms und Hypästhesie und Hypalgesie in Fingern und Fussrücken links zu entnehmen. Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte am 22. Februar und 18. Juni 2002 (Generali-act. 71,79) einen Status nach HWS-Schleudertrauma mit Kontraktion des Musculus trapezius links mit Schulterhochstand und einen Morbus Sudeck links bei genereller Minderfunktion des gesamten linken Arms. Vom 15. Oktober bis 12. November 2002 erfolgte ein Aufenthalt in der Rehaklinik Rheinfelden. Mit Bericht vom 2. Januar 2003 (Generali-act. 96) wurden ein Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion und leichter traumatischer Hirnverletzung (Commotio cerebri), ein persistierendes Zervikobrachialsyndrom links mit ausgeprägtem Schulterhochstand und kompensatorischer BWS-Skoliose, eine vegetative Dysregulation mit Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und Hypertonie, ein Status nach CRPS Typ I mit Dystonie bei Quadranten-Syndrom links, eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung, eine Anpassungsstörung sowie Angst und depressive Reaktionen gemischt diagnostiziert. Die medizinische Begutachtung durch die MEDAS Universitätskliniken Basel vom 7. bis 8. April 2003



St.Galler Gerichte

(Generali-act. 102) ergab nach der Durchführung einer internistischen, einer rheumatologischen, einer neurologischen und einer psychiatrischen Untersuchung die Diagnosen eines chronischen zervikobrachialen Schmerzsyndroms links bei/mit Status nach HWS-Distorsion am 9. Januar 2001, Status nach CRPS Typ I mit Dystonie und Quadrantensyndrom links, Schulterhochstand links und konsekutiver skoliotischer Fehlhaltung, eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung nach HWS-Akzelerations-/Dezelerationstrauma und psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (HWS-Distorsionstrauma und CRPS) (ICD-10 F54) mit diskret verminderter emotionaler Belastbarkeit sowie subjektiver Konzentrationsminderung und erhöhter Erschöpfbarkeit.

A.b In der biomechanischen Beurteilung vom 18. Februar 2002 (Generali-act. 63) hatten die Spezialisten eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-V) von 8 bis 12 km/h errechnet. Möglicherweise habe sich ein biomechanisch ungünstiger Zusatzeffekt eingestellt, indem sich die Versicherte krampfhaft am Lenkrad festgehalten habe, da sie die Kollision von hinten habe kommen sehen. Bei einem maximalen Delta-V-Wert von 12 km/h und einem Körpergewicht von 76 kg sei eine nicht unbeträchtliche Rückbewegung der Sitzlehne zu erwarten. Falls nun das Lenkrad umklammert worden sei, hätte sich ein Zug am Arm ergeben können. Aus biomechanischer Sicht liessen sich von der HWS ausgehende Beschwerden, also Verspannungen, Druckschmerzhaftigkeit etc. und Kopfschmerzen sowie Konzentrationsstörungen, somit durch die Kollision erklären. Aufgrund der erwähnten Hypothese (Zug am Arm bei der Körperrückbewegung) sei es möglich, dass auch die Armbeschwerden direkt auf die Körperbewegungen während der Kollision zurückgeführt werden könnten.

A.c Mit Verfügung vom 20. September 2006 (Generali-act. 155) eröffnete die Generali der Versicherten, dass der adäquate Kausalzusammenhang seit längerer Zeit nicht mehr gegeben sei und weitere Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung nicht mehr erbracht werden könnten. Die Taggelder seien bis zum 30. April 2004 abgerechnet worden. Es erscheine sachgerecht, die Leistungseinstellung auf diesen Zeitpunkt vorzunehmen. Gegen diese Verfügung erhoben sowohl die Versicherte, als auch deren Krankenversicherung, Swica Gesundheitsorganisation (nachfolgend:



Swica), Winterthur, Einsprache (Generali-act. 163,164). Mit Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2006 (Generali-act. 165) wies die Generali die Einsprachen ab.

B.

B.a Dagegen richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. Dieter Kehl, Heiden, im Namen der Versicherten eingereichte Beschwerde vom 28. Februar 2007 mit den Anträgen, der Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2006 und die Verfügung vom 20. September 2006 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, für alle Folgen des Unfalls vom 9. Januar 2001 die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen – Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Geldleistungen: Taggelder, Rente, Integritätsentschädigung, Hilflosenentschädigung usw. – zu erbringen, rückwirkend und weiterhin; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, die Beschwerdegegnerin übergehe konsequent, dass die Beschwerdeführerin am 9. Januar 2001 nicht nur eine HWS-Distorsion, sondern durch Zug am Arm bei der Körperrückbewegung (Traktionsmechanismus) auch eine Verletzung der linken oberen Körperseite und Extremität erlitten habe. Der natürliche Kausalzusammenhang sei offensichtlich und werde von der Beschwerdegegnerin auch nicht ernstlich in Frage gestellt. Die Adäquanzfrage stelle sich gar nicht, da klar fassbare physische Befunde vorlägen (BGE 117 V 365). Allenfalls wären die Adäquanzkriterien nach BGE 117 V 367 und nicht diejenigen nach BGE 115 V 140 massgebend, denn die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen seien keineswegs ganz in den Hintergrund getreten (BGE 123 V 98). Die Adäquanzkriterien wären zudem nach BGE 117 V 367 und BGE 115 V 140 erfüllt.

B.b Gegen den Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2006 richtet sich auch die von der Swica am 8. März 2007 eingereichte Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung vom 20. September 2006 und der Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2006 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, auch über den 30. April 2004 hinaus die gesetzlichen Leistungen nach UVG (insbesondere Taggelder und Übernahme der Heilkosten) zu erbringen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, dass aufgrund der zahlreichen objektivierbaren organischen Befunde gar keine Adäquanzprüfung hätte vorgenommen werden müssen. Mangels Nachweis einer



St.Galler Gerichte

Dominanz der psychischen Problematik hätte eine eventualiter vorzunehmende Adäquanzbeurteilung nach dem "Schleudertrauma-Raster" von BGE 117 V 359 zu erfolgen. Die diesbezüglich massgebenden objektiven Kriterien seien in der von der Rechtsprechung geforderten Häufung erfüllt.

B.c In den Beschwerdeantworten vom 22. März 2007 (act. UV 2007/31 G 3 und UV 2007/39 G 3) beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerden. Die Ausführungen von Prof. K.____ im biomechanischen Gutachten könnten nicht berücksichtigt werden und hätten keinen Beweiswert im Sinn der bundesgerichtlichen Anforderungen an Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a). Aus dem Bericht des Bezirksspitals Lugano gehe hervor, dass die neurologische Untersuchung sehr stark durch eine wesentliche psychogene "Überlastung", in einem schweren depressiven Kontext beeinträchtigt worden sei. Somatoforme Schmerzstörungen würden unter die Kategorie der psychischen Leiden fallen (vgl. BGE 130 V 353). Vorliegend trete die HWS-Distorsionstraumaproblematik völlig in den Hintergrund. Zentral im ganzen Beschwerdebild sei das Schmerzsyndrom im Zusammenhang mit der Unfall- bzw. Schmerzverarbeitungsstörung. Die Adäquanzprüfung sei somit nach der sogenannten Psychopraxis vorzunehmen. Die diesbezüglichen Adäquanzkriterien seien beim vorliegenden Sachverhalt nicht erfüllt.

B.d Mit Replik vom 20. Juni 2007 (act. UV 2007/31 G 9) stellte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin 1 in Aussicht, dass er seinen Standpunkt an der mündlichen Hauptverhandlung nochmals ausführlich begründen werde. Die Swica hielt in der Replik vom 25. Mai 2007 an ihren Anträgen fest.

B.e Mit Duplik vom 6. Juli 2007 im Verfahren UV 2007/39 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits an ihrem Standpunkt und ihrem Rechtsbegehren fest.

C.

Mit Schreiben vom 7. April 2008 (act. UV 2007/31 G 25) teilte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin 1 den Verzicht auf eine mündliche Verhandlung mit. Als Beilage zum erwähnten Schreiben legte er ein Gutachten des Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamts des Kantons St. Gallen ins Recht. Am 25. April 2008 (act. UV 2007/31



G 30) reichte er weitere Akten zum unfallbedingten Schaden am Lenkrad und an der Lenkspindel des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin ein. Auf die nachträglich ins Recht gelegten Akten und die entsprechenden Ausführungen der Parteien wird - soweit entscheidnotwendig - in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Folgen des Unfalls vom 9. Januar 2001 und erbrachte Heilkosten- und Taggeldleistungen. Streitig ist, ob sie auch für die nach dem 30. April 2004 (Leistungseinstellung) geltend gemachten gesundheitlichen Probleme entsprechende Versicherungsleistungen zu erbringen hat. Soweit der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin 1 darüber hinaus die Ausrichtung von Rentenleistungen, einer Integritätsentschädigung und einer Hilflosenentschädigung beantragt, kann darauf nicht eingetreten werden, da diese Leistungsarten nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids bilden.

2.

2.1 Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 und 399 sowie 117 V 359 und 369). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 und 118 V 289). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen, wobei für die Adäquanz nicht die subjektive, sondern die objektive Voraussehbarkeit des eingetretenen Erfolgs entscheidend ist (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Adäquat ist der Kausalzusammenhang dann, wenn ein Ereignis geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass an andere Ursachen vernünftigerweise nicht zu denken ist (BGE 117 V 359 und 112 V 30). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht,



die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 3a). Nicht jeder natürliche Kausalzusammenhang ist zugleich in rechtlicher Hinsicht adäquat. Der adäquate Kausalzusammenhang ist ein Korrektiv zum naturwissenschaftlichen Ursachenbegriff, der vom Recht als natürliche Kausalität übernommen wurde, aber der Einschränkung bedarf, um für die rechtliche Verantwortlichkeit tragbar zu sein und eine vernünftige Begrenzung der Haftung zu ermöglichen (BGE 122 V 415 E. 2c und 123 III 110 E. 3a).

2.3 Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (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, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass eine versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung 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 366 E. 6a und 382 E. 4b festgelegten (und in BGE 134 V 109 präzisierten) Kriterien (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). 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).

3.

Aus den Akten geht hervor, dass die von der Beschwerdeführerin 1 über den 30. April 2004 hinaus geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar sind. Bei der am Unfalltag in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG durchgeführten röntgenologischen Untersuchung der HWS wurden keine ossären Läsionen festgestellt. Die von Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Röntgendiagnostik, durchgeführte vertebrospinale Kernspintomographie vom 15. Februar 2001 ergab als Befund eine "Streckhaltung und rechtskonvexe skoliotische Fehllhaltung der HWS bei klinischerseits bekannter Torticollis" (Generali-act. 11). Eine von Dr. med. E.____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, veranlasste MRI-Untersuchung der HWS zeigte keinerlei Pathologie. Insbesondere waren die Ligamenta alaria intakt (Generali-act. 12). Ein am 16. März 2001 im Regionalspital Lugano durchgeführtes MRI der HWS und des Schädels ergab gemäss Bericht der Schulthess Klinik Zürich vom 22. Mai 2005 (Generali-act. 39) eine starke rechtskonvexe Skoliose der HWS, keine Hinweise für eine ossäre Läsion, keine traumatischen Diskopathien oder Bandverletzungen sowie ein normales MRI des Schädels bis auf eine leichte Asymmetrie im Bereich des Ventrikelsystems. Während des Aufenthalts in der Schmerzklinik Kirschgarten wurden eine röntgenologische Untersuchung der HWS und ein MRI des Kopfes durchgeführt, welche die bisherigen Befunde bestätigten.

4.

4.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie bei äquivalenten Distorsionen der HWS (vgl. dazu RKUV 1999 Nr. 341 S. 408 E. 3b), d.h. bei sogenannten Beschleunigungsverletzungen der HWS, 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 Distorsion der HWS typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen,



Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa). Gemäss den medizinischen Akten sowie mit Blick auf den Unfallmechanismus vom 9. Januar 2001 ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin 1 eine Beschleunigungsverletzung der HWS erlitten hat. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Leistungsanspruch auf Heilkosten- und Taggeldleistungen bis zum 30. April 2004 denn auch anerkannt.

4.2 Wenn sie nun geltend macht, ab 1. Mai 2004 sei der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 9. Januar 2001 und den geklagten Beschwerden nicht mehr gegeben, so ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich 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, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, 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] i/S Z., 25. Oktober 2002 [U 143/02] i/S L. und vom 31. August 2001 [U 285/00] i/S O.).

4.3 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und



Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 B 369 E. 3e). Nach der aktuellen Rechtsprechung der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.) muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild (mit einer Häufung von Beschwerden) 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 (RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die andern im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer HWS-Distorsion typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

4.4 Die Beschwerdeführerin 1 beklagte sich gemäss Arztzeugnis vom 16. Januar 2001 während der Erstbehandlung am Unfalltag – und somit innerhalb der erforderlichen Latenzzeit – über eine Schmerzausstrahlung vom proximalen Nacken bis parietal beidseits sowie über Kopfschmerzen und Schwindel. Mit Schreiben vom 20. Januar 2001 teilte sie der Generali zudem mit, dass sie nach dem Unfall an Kopfschmerzen und Übelkeit litt. Bei der Konsultation in der Schulthess Klinik vom 22. Mai 2001 (Generali-act. 39) beklagte sich die Beschwerdeführerin 1 über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie über Missempfindungen in Form von Dysästhesien und Parästhesien im ganzen Arm, vor allem aber in der linken Hand. Dem Bericht der Schmerzklinik Kirschgarten vom 21. November 2001 (Generali-act. 60) sind zusätzlich eine allgemeine Leistungsschwäche und Schlafstörungen zu entnehmen. Gemäss MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2003 (Generali-act. 102) klagte die Beschwerdeführerin 1 weiterhin über vermehrte Vergesslichkeit, Schwierigkeiten beim Lesen, Konzentrationsprobleme, Schmerzen im Nacken-Kopf-Bereich, frontale Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Schlafstörungen wegen Schmerzen, anhaltende Müdigkeit, verminderte Belastbarkeit und Übelkeit bis hin zu Erbrechen. Insgesamt kann angesichts dieser Aktenlage vom Auftreten eines typischen bunten Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden gesprochen werden, das als



natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten ist. Dass unfallfremde Krankheitsfaktoren zum gänzlichen Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs geführt hätten, kann aufgrund der Akten nicht gesagt werden. Demnach ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Unfall vom 9. Januar 2001 zumindest eine Teilursache der als Folge der erlittenen HWS-Distorsion andauernden gesundheitlichen Störungen bildet, was für die Bejahung der natürlichen Kausalität genügt (Urteil vom 25. Juli 2007, U 328/06, E. 8.2.2, mit Hinweisen). Diesbezüglich gilt es anzumerken, dass selbst die Beschwerdegegnerin den natürlichen Kausalzusammenhang - zumindest nicht explizit - nicht verneint. Auch die dem MEDAS-Gutachten zeitlich vorangehenden Gutachten und Berichte äussern sich nicht dahingehend, dass die geklagten Beschwerden nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehen würden. Zu prüfen bleibt, ob die nach dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung geklagten Beschwerden auch in einem adäquat-kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 9. Januar 2001 stehen.

5.

5.1 Gemäss Bericht des Regionalspitals Lugano vom 22. März 2001 (Generali-act. 17) besteht eine erhebliche psychische Überlagerung. In der klinischen Untersuchung hätten sich erhebliche Inkongruenzen zwischen den subjektiven Schilderungen und den objektivierbaren Befunden ergeben. Gemäss Prof. Dr. med. F.____, Leitender Arzt Schmerzzentrum, Schulthess Klinik, Zürich, spielen psychologische Aspekte bei der Verarbeitung der Beschwerden eine entscheidende Rolle (Generali-act. 38). In einem weiteren Bericht der Schulthess Klinik vom 22. Mai 2001 (Generali-act. 39) wurde u.a. ausgeführt, dass die Versicherte an den direkten Folgen eines HWS-Beschleunigungs-traumas leide. Die extreme Schonhaltung, welche sich in Form des massiven Schulterhochstands links präsentiere, die diffusen Schmerzausstrahlungen in den linken Arm, die multiple vegetative Begleitsymptomatik sowie die nicht Dermatome bezogenen Hyp- und Parästhesien sowie Dysästhesien würden auf eine traumatisch bedingte Zerrung des zervikalen Plexus links deuten. Aufgrund der an der Schulthess Klinik am 6. Juni 2001 durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchung lasse sich eine Schädigung des Plexus brachialis links nicht nachweisen (Generali-act 41). Im Bericht vom 28. Juni 2001 (Generali-act. 43) führte Dr. med. G.____, Oberarzt Neurologie, Schulthess Klinik, Zürich, u.a. aus, dass bei der Beschwerdeführerin 1 ein



persistierendes Zervikalsyndrom mit ausgeprägtem, reaktivem Schulterhochstand links und HWS-Skoliose, Pseudoparalyse des linken Arms mit zunehmenden trophischen Störungen und eine zunehmende Symptomausweitung auf die ganze linke Körperseite bestehe. Gemäss Bericht der Schmerzlinik Kirschgarten vom 21. November 2001 (Generali-act. 60) bestand eine Dystonie bei CRPS Typ I mit begleitendem sympathisch unterhaltenem Schmerzgeschehen. Eine psychotherapeutische Begleitung im Sinn der Trauma- und Schmerzverarbeitung sei anzuraten. Dem Arztbericht des Kantonalen Spitals Rorschach vom 7. November 2001 (Generali-act. 62) ist ebenfalls u.a. die Diagnose eines CRPS Typ I zu entnehmen. Im Behandlungsplan wurden neben Physio- und Kraniosakraltherapie, Kinesiologie und Neuraltherapie auch eine psychologische Betreuung festgehalten. Dr. C.____ diagnostizierte u.a. einen Morbus Sudeck links bei genereller Minderfunktion des gesamten linken Arms. Psychisch gehe es der Beschwerdeführerin 1 viel besser, allerdings bestehe nach wie vor ein deutlicher Schulterhochstand links infolge der Kontraktion des Musculus trapezius sowie eine generelle Minderfunktion aller Qualitäten im Bereich des linken Arms. Dr. med. H.____, Innere Medizin FMH, Kurhaus Cademario, geht im Bericht vom 26. Juni 2002 (Generali-act. 80) ebenfalls von einer zweifellos besseren psychischen Verfassung aus. Laut Bericht der Rehaklinik Rheinfelden vom 2. Januar 2003 (Generali-act. 96) standen im Krankheitsverlauf das persistierende Zervikobrachialsyndrom links mit Schulterhochstand links und die Entwicklung eines CRPS Typ I mit dystoniformer Bewegungsstörung sowie eine konsekutive BWS-Skoliose im Vordergrund. Die ebenfalls diagnostizierten depressiven Aspekte seien nicht vordergründig. Gemäss psychiatrischem Fachgutachten der MEDAS Basel vom 7. April 2003 (Generali-act. 102 Beilage 3) liessen sich bei der Beschwerdeführerin 1 anamnestisch und anhand der Akten keine bedeutenden psychiatrischen Belastungen oder Krisen eruieren. Seit dem Unfall würden zwar psychoreaktive Belastungen, insbesondere eine ausgeprägte Schlafstörung mit Müdigkeit und Erschöpfbarkeit sowie vorübergehende Stimmungsverschlechterungen bestehen, doch lasse sich das Vollbild einer Depression nicht diagnostizieren. Als Diagnosen wurden psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (HWS-Distorsionstrauma und CPRS) mit diskret verminderter emotionaler Belastbarkeit sowie subjektiver Konzentrationsminderung und erhöhter Erschöpfbarkeit gestellt. Der behandelnde Psychotherapeut I.____ teilte mit Schreiben vom 25. August 2003 (Generali-act. 106) mit,



dass er dem psychiatrischen Fachgutachten der MEDAS Basel nichts Neues beizufügen habe, er könne sämtliche Punkte bestätigen.

5.2 Aufgrund der vorliegenden Akten ist neben den geklagten körperlichen Beschwerden auch von einer psychischen Komponente auszugehen. Insbesondere sind den medizinischen Akten bereits wenige Monate nach dem Unfallereignis eine psychische Überlagerung, Symptomausweitung und psychische Aspekte bei der Trauma- und Schmerzverarbeitung zu entnehmen. Auf somatischer Seite stehen zuerst ein CRPS Typ I und später ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom im Vordergrund. Dem psychiatrischen Fachgutachten der MEDAS ist, wie bereits erwähnt, eindeutig zu entnehmen, dass keine psychischen Beschwerden im Vordergrund stehen. Eine von Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vorgeschlagene polydisziplinäre Begutachtung ist ausgeblieben, weshalb insbesondere auf das schlüssige MEDAS-Gutachten abzustellen ist. Dies umso mehr, als das MEDAS-Gutachten die letzte medizinische Begutachtung vor der verfügbaren Leistungseinstellung darstellt. Im streitigen Zeitraum und zuvor kann bei der Beschwerdeführerin 1, entgegen der offenbar von der Beschwerdegegnerin vertretenen Auffassung, nicht eine ausgeprägte, im Vordergrund stehende psychische Problematik als nachgewiesen gelten. Insbesondere kann bei den psychischen Diagnosen nicht von einer eigenständigen Krankheit ausgegangen werden, die psychischen Befunde gehen eindeutig aus dem Unfall hervor und bilden zusammen mit den organischen Leiden ein komplexes Gesamtbild.

5.3 Die Adäquanzbeurteilung hat dementsprechend rechtsprechungsgemäss nach den für Schleudertraumen bzw. schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359ff.) geltenden Regeln zu erfolgen. Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 117 V 359 Erw. 6a). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in



der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 140 Erw. 6c; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 Erw. 2, 2001 UV Nr. 8 S. 32, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Als in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehende Kriterien nennt die Rechtsprechung (BGE 134 V 109 E. 10.3) abschliessend: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; erhebliche Beschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

5.4 Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04, E. 5.1.2 mit Hinweisen). Aufgrund des Geschehensablaufs, der biomechanischen Beurteilung sowie mit Blick auf die entsprechende Kasuistik (vgl. SZS 2001, S. 429ff.) sind hier keine Gründe ersichtlich um vom Regelfall abzuweichen, weshalb vorliegend von einem mittelschweren Unfallereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen ist. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der für die Beurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367).

5.5 Der Unfall vom 9. Januar 2001 hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er – objektiv betrachtet – von besonderer Eindrücklichkeit. Das Kriterium der schweren oder besonderen Art der erlittenen Verletzung wird in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bejaht, wenn eine jahrelange Häufung der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden vorliegt. Wie



bereits dargelegt, ist dem MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2003, mithin 2 ½ Jahre nach dem Unfall, eine solche Häufung der typischen Beschwerden zu entnehmen. Sodann kann das Kriterium unter Umständen auch aufgrund der bei der Kollision eingenommenen Körperhaltung und der damit verbundenen Komplikationen bejaht werden (RKUV 1998 Nr. U 297 S. 245). Aus der biomechanischen Beurteilung vom 18. Februar 2002 ist ersichtlich, dass sich bei der Beschwerdeführerin 1 möglicherweise ein biomechanisch ungünstiger Zusatzeffekt eingestellt hat, indem sie sich krampfhaft am Lenkrad festgehalten hatte, da sie die Kollision von hinten kommen sehen. Bei einem maximalen Delta-V-Wert von 12 km/h und einem Körpergewicht von 76 kg sei eine nicht unbeträchtliche Rückbewegung der Sitzlehne zu erwarten. Falls nun das Lenkrad umklammert worden sei, hätte sich ein Zug am Arm ergeben können. Somit sei es möglich, dass die Armbeschwerden direkt auf die Körperbewegung während der Kollision zurückzuführen wäre. Im Gutachten des Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamts des Kantons St. Gallen vom 11. Februar 2008 (act. UV 2007/31 G 25) wird festgehalten, dass sich die Deformation des Lenkrads und der Lenksäule dadurch erklären lasse, dass sich die Beschwerdeführerin 1 bei der Kollision am Lenkrad festgehalten und sich dadurch eine Kraftereinwirkung (Zugkraft) auf die Lenkungselemente ergeben habe. Bei einer Lenkradumfassung mit der linken Hand dürfe eine zusätzliche Rotation um die linke Schulter erfolgt sein. Beide Gutachten basieren auf hypothetischen Annahmen und kommen zum Schluss, dass sich möglicherweise ein negativer Zusatzeffekt ergeben habe. Ein rechtsgenügender Nachweis eines solchen ungünstigen Effekts mit Auswirkungen auf die erlittenen Verletzungen kann durch die Gutachten indessen nicht erbracht werden. Ob das Kriterium der schweren oder besonderen Art der erlittenen Verletzung gegeben ist braucht allerdings vorliegend - wie die folgenden Ausführungen darlegen werden - nicht abschliessend beurteilt zu werden. Im Austrittsbericht der Schmerzlinik Kirschgarten vom 21. November 2001 (Generali-act. 60) wurde die Weiterführung der Physio- und Wassertherapie zur Dehnung der Muskulatur sowie eine Kraniosakral- und Neuraltherapie empfohlen. Nach einer Hospitalisation im Kantonalen Spital Rorschach vom 29. Oktober bis 7. November 2001 wurden zusätzlich eine psychologische Betreuung und Kinesiologie verordnet (Generali-act. 62). Beim stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Rheinfelden wurden folgende Massnahmen durchgeführt: Physiotherapie, Kraniosakraltherapie, Wassertherapie und Therapieschwimmen,



Ergotherapie mit Ergonomie und sensomotorischem Training, klinische Psychologie, Neuropsychologie, autogenes Training, Körperwahrnehmungsgruppe, Elektrotherapie, klassische Massage, Fango und Solewickel. Im Austrittsbericht der Klinik Rheinfelden wurde die Weiterführung der verschiedenen Therapieformen vorgeschlagen (Generali-act. 96). Im MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2003 wurde ausgeführt, dass das in der Rehaklinik Rheinfelden entwickelte Therapiekonzept weitergeführt werden sollte. Mit Schreiben vom 15. Juni 2006 (Generali-act. 150) teilte Dr. C.____ mit, dass die Beschwerdeführerin 1 weiterhin bei ihm in Behandlung sei (Neuraltherapie) und einmal wöchentlich in die Physiotherapie gehe. Insgesamt ist den medizinischen Akten eine durchgehende therapeutische Behandlung zu entnehmen. Allerdings kann bei den erwähnten Therapieformen nicht von einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung im Sinn der Rechtsprechung ausgegangen werden, weshalb das Kriterium nicht als erfüllt gelten kann. Die Beschwerdeführerin machte unmittelbar nach dem Unfallereignis und bis zur Leistungseinstellung erhebliche Beschwerden geltend. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt. Es besteht kein Anlass an der Glaubhaftigkeit der geklagten Beschwerden zu zweifeln. Im Bericht der Rehaklinik Rheinfelden wurde u.a. eine schmerzbedingte Funktionseinschränkung des linken Arms festgehalten. Sodann bewirke der ausgeprägte Schulterhochstand links ebenfalls eine deutliche Funktionsbeeinträchtigung. Im MEDAS-Gutachten wurde festgehalten, dass das arbeitsmedizinisch relevante Problem aus rheumatologischer/neurologischer Sicht in einer weitgehenden - funktionellen – Ge-brauchsunfähigkeit der linken oberen Extremität für alle Tätigkeiten bestehe. Dr. C.____ bestätigte im Schreiben vom 18. Juni 2004 (Generali-act. 126), dass die Beschwerdeführerin 1 in Folge der praktisch kompletten Unmöglichkeit, den linken Arm zu gebrauchen, auf vielseitige Hilfe, insbesondere bei Alltagsverrichtungen, angewiesen sei. Somit ist rechtsgenügend erstellt, dass der Schulterhochstand, die Beschwerden am linken Arm sowie die weiteren geklagten Beschwerden die Beschwerdeführerin im Lebensalltag erheblich beeinträchtigen. Das Kriterium der erheblichen Beschwerden ist damit in besonders ausgeprägter Weise erfüllt. Ebenso besteht seit dem Unfall eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit ist somit aufgrund der Aktenlage eindeutig ausgewiesen. Im MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2003 wurde



festgehalten, dass berufliche Massnahmen sicher noch verfrüht seien. Ein konkreter Arbeitsversuch hat dementsprechend auch nicht stattgefunden. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin 1 habe sie zu Hause einen Computer mit entsprechenden Programmen für die Bildbearbeitung. Allerdings sei sie jeweils nach 20 bis maximal 30 Minuten Arbeit total fertig, die Bildschirmarbeit sei für die Augen schwer verträglich. Im Bericht der Klinik Rheinfelden wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin 1 motiviert am interdisziplinären Therapieprogramm teilgenommen habe. Ebenfalls sei sie motiviert, die ambulanten Therapien weiterzuführen. Auch dem MEDAS-Gutachten ist zu entnehmen, dass die Eigenmotivation der Beschwerdeführerin 1 sehr hoch sei. Insgesamt sind aus den medizinischen Akten keine Hinweise auf eine fehlende oder ungenügende Compliance ersichtlich, der persönliche Einsatz im Rahmen der Therapiemassnahmen wurde nie bemängelt. Insgesamt hat die Beschwerdeführerin 1 die ihr zumutbaren Anstrengungen getroffen, die erhebliche Arbeitsunfähigkeit zu überwinden. Auch dieses Kriterium ist somit erfüllt. Im Nachgang zum Unfallereignis erfolgten wie bereits erwähnt zahlreiche therapeutische Massnahmen. Bereits am 16. Februar 2001 empfahl Dr. E.____ eine stationäre Kur um die massive Schonhaltung zu lockern (Generali-act. 12). Während dem stationären Aufenthalt im Kurhaus Cademario erfolgte eine psychotherapeutische Schmerzbegleitung nebst verschiedenen Entspannungstherapien bei beträchtlicher Medikation. Bereits im Austrittsbericht vom 31. März 2001 (Generali-act. 18) wurde bis Ende 2001 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit festgehalten. Dr. E.____ stellte am 24. April 2001 eine sehr schlechte Prognose, weil aktiv nichts gemacht werden könne. Die Medikamententherapie müsse fortgeführt werden (Generali-act. 29). Dr. F.____ hielt am 22. Mai 2001 fest (Generali-act. 38), dass die psychologische Seite mit genügender Behutsamkeit angegangen werden müsse. Ebenfalls sei ein kontinuierlicher Abbau der Morphium-Dosen anzustreben. Aufgrund der sehr schweren Behinderung der Beschwerdeführerin seien ambulant keine Therapiemöglichkeiten gegeben. Der Aufenthalt in der Schmerzlinik Kirschgarten brachte ebenfalls keine bedeutende Besserung des Gesundheitszustands (Generali-act. 60). Im Gegenteil führte eine erneute Umstellung der Medikation zu häufigem Erbrechen und schliesslich am 29. Oktober 2001 zu einer notfallmässigen Hospitalisation im Kantonalen Spital Rorschach (Generali-act. 62). Am 18. Juni 2002 (Generali-act. 79) stellte Dr. C.____ eine leichte Verbesserung des Gesundheitszustands fest, wobei er weiterhin von einem äusserst hartnäckigen Verlauf ausging. Allerdings



habe sich der Schulterhochstand zurückgebildet und die Schmerzen seien erträglicher geworden, was sich positiv auf die psychische Situation auswirke. Nach einem weiteren stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Rheinfelden vom 15. Oktober bis 12. November 2002 wurde trotz Verbesserung der Schmerzsituation und Reduktion der vegetativen Funktionsstörung weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Fotografin festgehalten. Im MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2003 wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sogar in einer adaptierten Tätigkeit bestätigt. Berufliche Massnahmen seien momentan sicher verfrüht. Dr. C.____ hielt am 13. Juni 2003 (Generali-act. 103) fest, dass es bei der Beschwerdeführerin im Herbst 2002 zu einem schweren Rückfall gekommen sei. Das Therapiekonzept in Rheinfelden habe sie deutlich überfordert, der Aufenthalt habe eine Verschlechterung des Zustands bewirkt. Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass sämtliche Therapien keine anhaltende Besserung des Gesundheitszustands gebracht haben. Im Gegenteil haben die unzähligen Therapien und die beträchtliche Medikation sogar teilweise eine Verschlechterung bewirkt und neue Beschwerden geschaffen. Ein dauerhafter positiver Heilungsverlauf ist bis zum Zeitpunkt der Einstellung der Versicherungsleistungen nicht erkennbar. Aufgrund der anhaltenden Therapieresistenz und den zusätzlich hinzugetretenen Beschwerden ist auch das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen erfüllt. Ob allenfalls der anfängliche "Therapiestrauss" und vor allem die Medikation der Beschwerdeführerin - teilweise bis zu 18 Medikamente - die Unfallfolgen erheblich verschlimmert haben und somit von einer ärztlichen Fehlbehandlung auszugehen ist, muss vorliegend nicht abschliessend beurteilt werden. Allerdings geht auch Dr. J.____ davon aus, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Krankheit schlecht geführt worden sei. Es sei einseitig körperlich abgeklärt und behandelt worden und die wichtigen psychosozialen Aspekte seien nicht beachtet worden. Da somit drei der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt sind, wobei das Kriterium der erheblichen Beschwerden in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist und zwei Kriterien nicht eindeutig verneint werden können, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu bejahen.

5.6 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die über den 30. April 2004 geklagten Beschwerden weiterhin in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 9. Januar 2001 stehen und die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Unrecht eingestellt hat.



6.

6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen sind die Beschwerden unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 8. Dezember 2006 gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin 1 die gesetzlichen Leistungen für den am 9. Januar 2001 erlittenen Unfall über den 30. April 2004 hinaus auszurichten.

6.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses. Unter Berücksichtigung, dass der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin 1 anstelle einer Replik seinen Standpunkt an der mündlichen Verhandlung darlegen wollte, auf die Durchführung der Verhandlung jedoch in der Folge verzichtete, erscheint eine Entschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die Beschwerdeführerin 2 hat als Krankenversicherer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, Rz 97 zu Art. 61 ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerden, soweit darauf einzutreten ist, wird der Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2006 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin 1 auch über den 30. April 2004 hinaus die gesetzlichen Leistungen für den am 9. Januar 2001 erlittenen Unfall zu erbringen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin 1 mit Fr. 3'000.-- zu entschädigen.