



**Fall-Nr.:** UV 2008/108  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.04.2020  
**Entscheiddatum:** 29.09.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 29.09.2009**

**Art. 6 UVG: Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einem cranio-cervikalen Beschleunigungstrauma. Prüfung der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. September 2009, UV 2008/108). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_933/2009.**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 29. September 2009

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. E. Ronald Pedernana, Rorschacher Strasse 21,  
9000 St. Gallen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Urs Glaus, Marktplatz 4, 9004 St. Gallen,



## St.Galler Gerichte

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.\_\_\_\_ war bei der B.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Suva unfallversichert, als sie laut Unfallmeldung am 2. August 2005 bei starkem Regen mit einem Lieferwagen auf der Autobahn ins Schleudern geriet. Das Fahrzeug kollidierte mit der Leitplanke und kam seitlich liegend zum Stillstand (UV-act. 1, 1.1). Anlässlich der gleichentags erfolgten Behandlung im Spital Grabs wurde ein cranio-cervikales Beschleunigungstrauma diagnostiziert und unter anderem festgehalten, bei der Versicherten habe eine Bewusstlosigkeit vorgelegen (UV-act. 4f). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht. Nach Durchführung von Behandlungen und ärztlichen Abklärungen eröffnete sie dem Rechtsvertreter der Versicherten mit Verfügung vom 24. Juni 2008, die Leistungen würden mit dem 30. Juni 2008 eingestellt. Aufgrund der Abklärungen seien die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den gesundheitlichen Beschwerden sei zu verneinen (UV-act. 263). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (UV-act. 270) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 18. September 2008 ab (UV-act. 275). Eine vom Krankenversicherer erhobene Einsprache wurde zurückgezogen (UV-act. 266f).

B.

B.a Gegen den Einspracheentscheid vom 18. September 2008 erhob Rechtsanwalt Dr.iur. E. Ronald Pedergrana, St. Gallen, für die Versicherte mit Eingabe vom 4. Oktober 2008 Beschwerde mit dem Antrag, der Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin habe die gesetzlichen Leistungen für Lohnausfall und Heilungskosten weiterhin zu erbringen. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter aus, die Beschwerdeführerin sei nicht bei starkem Regen ins Schleudern geraten; der Regen habe erst später eingesetzt. Als Unfallursache sei denn auch vom rapportierenden Polizisten nicht Aquaplaning festgehalten worden, sondern ein technischer Defekt



(Reifenplatzer). Bei der Beschwerdeführerin habe nicht die depressive Entwicklung im Vordergrund gestanden, sondern das körperliche Beschwerdebild. Die Ursache der Beschwerden sei somatischer, nicht psychischer Natur. Im Einspracheentscheid werde der Untersuchungsbericht des Neurologen Dr. med. C.\_\_\_\_ (UV-act. 156) verschwiegen. Der von der Beschwerdegegnerin beigezogene Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_, welcher eine Teilkausalität des Unfalls für die psychischen Beschwerden bejahe, werde mit keinem Wort erwähnt. Es sei nur ein Bruchteil erwähnt von der ganzen Heilungsgeschichte, nämlich längst nicht alle therapeutischen Interventionen. Der restliche Sachverhalt bleibe ungeklärt. Tatsache sei, dass die Beschwerdeführerin bis im Sommer (2008) mit Unterstützung des externen Case Managements die ganzen psychischen Belastungsmomente in den Griff bekommen habe, dank hartnäckiger Therapie und Training einen weiteren Sprung nach vorne in der Heilung gemacht habe und tatsächlich seit Sommer 2008 versuche, auf dem freien Arbeitsmarkt Fuss zu fassen. Der Möglichkeit, ein weiteres Arbeitstraining auf Kosten der IV zu absolvieren, habe sie (trotz finanziell verlockender Situation) die kalte Schulter gezeigt. Es bleibe jedoch offen, wie weit sie auf dem Arbeitsmarkt dauernd arbeitsfähig sei. Die bisherige Arbeit beschränke sich auf Teileinsätze. Falsch sei die Annahme der Beschwerdegegnerin, dass es sich um einen mittleren Unfall handle. Es sei ein schwerer Unfall gewesen mit Schleudern, einer Frontalkollision mit der Leitplanke, "Umherspringen" des Fahrzeugs und Umkippen desselben. Bedenklich sei, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin über Jahre hinweg gut begleite in ihrer Wiedereingliederung und sie nach der Kündigung der Case Managerin fallen lasse, kurz bevor die Rehabilitationsziele erreicht würden.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 4. Dezember 2008 beantragte Rechtsanwalt Dr.iur. Urs Glaus, St. Gallen, für die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies er auf die Darlegungen im angefochtenen Entscheid und führte unter anderem aus, die Beschwerdeführerin habe beim Unfall vom 2. August 2005 eine HWS-Distorsion erlitten. Das typische Beschwerdebild trete aber im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund. Die Beschwerdegegnerin sei daher zutreffend davon ausgegangen, dass die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen sei. Der Unfall vom August 2005 könne nicht als schwerer Unfall betrachtet werden. Sogar in die Kategorie der schweren Fälle der mittleren Gruppe lasse sich das Unfallgeschehen



nicht einordnen. Es sei von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Fällen auszugehen.

B.c Mit Replik vom 23. Januar 2009 (mit Stellungnahme zu den Kriterien der adäquaten Unfallkausalität und Einreichung neuer Akten; act. G 11 Beilage 4 und 5) sowie Duplik vom 23. März 2009 bestätigten die Parteien ihre Standpunkte.

Erwägungen:

1.

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 2. August 2005 ausgerichtet wurden, auf den 30. Juni 2008 eingestellt werden durften oder nicht. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden im angefochtenen Entscheid (Erw. 1, 2a, 3d, 4) zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

2.

2.1 Im Nachgang zu einem stationären Aufenthalt vom 17. November bis 5. Dezember 1997 bestätigte die Rehaklinik Walenstadtberg bei der Beschwerdeführerin ein psychophysisches Erschöpfungssyndrom mit depressiver Reaktion (UV-act. 84/2; vgl. auch UV-act. 90). Nach dem hier streitigen Unfall stellte Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, im Bericht vom 6. September 2005 die Diagnosen eines cranio-cervikalen Beschleunigungstraumas am 2. August 2005 und von traumatisierten ausgedehnten degenerativen Veränderungen der HWS. Er führte unter anderem aus, er habe bei der depressiv wirkenden Patientin eine sehr schmerzhaft und beweglichkeitseingeschränkte HWS und obere BWS mit massiven Muskelverspannungen feststellen können. Gleichzeitig mit einer Krankheitsphase des Carpalkanals der Beschwerdeführerin (im Jahr 2002) seien bei der Familie schwere soziale Probleme aufgetreten (im Bericht dargestellt). Die Beschwerdeführerin habe dermassen unter den Problemen gelitten, dass sie zeitweise psychiatrisch habe behandelt werden müssen. Eine frühzeitige fachkompetente Behandlung des HWS-



Traumas scheine ihm hier sehr wichtig (UV-act. 6). Vom 29. September bis 26. Oktober 2005 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Klinik Valens auf. Die dort durchgeführte psychiatrische Abklärung ergab eine posttraumatische Belastungsstörung (vgl. UV-act. 67). Im Weiteren wurde ein cranio-cervikales Beschleunigungstrauma diagnostiziert und eine volle Arbeitsunfähigkeit als Kurier bis auf weiteres bestätigt (UV-act. 38). Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis in der Folge auf Ende Januar 2006 auf (UV-act. 30). Die Ärzte des Psychiatrischen Zentrums Rorschach bestätigten am 2. Februar 2006 die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung. Es hätten in der Zeit vom 16. November 2005 bis 5. Januar 2006 vier Konsultationen stattgefunden. Seit dem 6. Januar 2006 sei die Beschwerdeführerin in der Klinik Littenheid stationär hospitalisiert (UV-act. 42). Am 31. März 2006 erfolgte die Entlassung der Beschwerdeführerin aus der Klinik Littenheid mit dem Hinweis im Bericht vom 27. April 2006, dass sie weiterhin psychotherapeutischer Behandlung bedürfe (UV-act. 50, 53). Die Neurologin Dr. med. I.\_\_\_\_ fand anlässlich der Untersuchungen vom 18. April und 2. Mai 2006 klinisch neurologisch keine objektivierbaren pathologischen Befunde mit Ausnahme eines muskulären Hartspanns cervical und im Schultergürtelbereich. Pathologische Defizite fänden sich nicht. Die von der Patientin geklagten kognitiven Störungen müssten im Zusammenhang mit der psychogenen Problematik gesehen werden (UV-act. 59). Von Seiten des Psychiatrischen Zentrums Rorschach wurde am 18. Mai 2006 eine Verschlechterung des gesamten psychischen Zustandes bescheinigt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Patientin derzeit nicht arbeitsfähig (UV-act. 56). In den Berichten des Kantonsspitals St. Gallen vom 24. Mai und 11. Juli 2006 wurden die Diagnosen eines Diuretika-Abusus bei Oedemen unklarer Aetiologie, einer Depression und eines Karpaltunnel-Syndroms beidseits sowie eines chronischen cervikalen Schmerzsyndroms gestellt (UV-act. 72/4ff, 73). Eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. E.\_\_\_\_ ergab gemäss Bericht vom 11. September 2006 die Diagnosen einer HWS-Distorsion mit Traumatisierung degenerativer HWS-Veränderungen sowie einer depressiven Verstimmung und Verdacht auf somatoforme Überlagerung. Wahrscheinliche strukturelle Unfallfolgen lägen nicht vor (UV-act. 82).

2.2 Gestützt auf eine psychiatrische Untersuchung kam Suva-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Bericht vom 28. Oktober 2006 unter anderem zum Schluss, die heutigen Beschwerden seien teilkausal auf den Unfall



zurückzuführen. Es bestünden Hinweise auf eine vorbestehende psychische Störung. Die Beschwerdeführerin sei in Beachtung sowohl der körperlichen wie der seelischen Beeinträchtigungen derzeit auf dem freien Arbeitsmarkt nicht leistungsfähig (UV-act. 93). Der Neurologe Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 7. Juni 2007 fest, die aktuellen Beschwerden seien im Rahmen des chronifizierten cervikocephalen Schmerzsyndroms zu interpretieren. Zudem sei auch ein gewisser cervikogener Schwindel vorhanden (UV-act. 156). Von Februar bis Juli 2007 absolvierte die Beschwerdeführerin ein Arbeitstraining im EVAL Valens. Eine Arbeitsfähigkeit liess sich dadurch nicht erreichen (UV-act. 152, 167). Das in der Folge begonnene Eingliederungsprogramm in der F.\_\_\_\_ brach die Beschwerdeführerin ab, nachdem sich im Herbst 2007 ihr psychischer Zustand verschlechtert hatte (UV-act. 179, 184f, 194, 211, 220). Eine erneute psychiatrische Untersuchung bei Dr. D.\_\_\_\_ ergab gemäss Bericht vom 11. März 2008 die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung und einer sozialen Ängstlichkeit. An der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung hielt Dr. D.\_\_\_\_ nicht mehr fest. Er bleibe aber bei seiner früheren Einschätzung, wonach der Unfall mit seinen Folgen im Rang einer überwiegend wahrscheinlichen und kleinen Teilursache die heutige gesundheitliche Problematik der Beschwerdeführerin unterhalte. Nehme man ihre wahrscheinlich zutreffende Selbsteinschätzung, wonach eine Nischantätigkeit mit Kindern und Tieren sie am ehesten vor überfordernden Situationen bewahre, dann müsse eine Berufsvermittlung in diese Richtung zielen (UV-act. 237). Die Abklärungen in der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen ergaben gemäss Bericht vom 5. Mai 2008 unauffällige neurologische Befunde (UV-act. 254). Der Psychotherapeut G.\_\_\_\_ gab im Bericht vom 31. Juli 2008 unter anderem bekannt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Psychotherapie benötige, um die Belastungen in der Eingliederungsstätte und im familiären Umfeld aufzufangen (Beilage zu UV-act. 270). Von Seiten der IV wurde eine Frühinterventionsmassnahme in Form eines Belastungstrainings im H.\_\_\_\_ vom 5. August bis 31. Oktober 2008 übernommen (UV-act. 269).

3.

3.1 Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber organisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Bei letzteren handelt es sich um Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den



Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Folglich kann von organisch-strukturell ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/ bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9, 117 V 359 Erw. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind beispielsweise ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch-strukturell hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C\_124/2008] mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U13/07] Erw. 3.2 und 3.3). Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist (vgl. UV-act. 59, 82) - kein fassbarer organisch-struktureller (unfallbedingter) Befund an der HWS im erwähnten Sinn vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegen (BGE 117 V 359 Erw. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 Erw. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 Erw. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss jedoch nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 Erw. 5e). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG [Eidgenössisches Versicherungsgericht; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 4. November



2005 i/S K. [U 312/05]) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können.

3.2 Von Seiten des erstbehandelnden Spitals Grabs wurde vorerst eine Bewusstlosigkeit im Nachgang zum streitigen Unfall als gegeben erachtet (UV-act. 5). Im Bericht vom 13. September 2005 wurden dann jedoch eine Bewusstlosigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen verneint. Im Bereich der HWS hätten starke Schmerzen vorgelegen (UV-act. 10). Am 13. Dezember 2005 berichtete die Beschwerdeführerin unter anderem über andauernde Kopfschmerzen, eine verminderte Aufnahmefähigkeit, Konzentrationsschwäche und Vergesslichkeit (UV-act. 28). Im gleichentags ausgefüllten Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen gab sie an, es habe ein Kopfanprall (Gesicht) am Airbag stattgefunden. Sofort nach dem Unfall seien ein Schock sowie unter anderem Nacken- und Kopfschmerzen und Schmerzen im Schulterblattbereich aufgetreten (UV-act. 29). Bei dieser Aktenlage lässt sich ein typisches Beschwerdebild nach schleudertraumaähnlicher Verletzung nicht in Abrede stellen. Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch während knapp drei Jahren ihre Leistungspflicht.

4.

4.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 Erw. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass



kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG vom 18. Dezember 2003 i/S Z. [U 258/02], vom 25. Oktober 2002 i/S L. [U 143/02] und vom 31. August 2001 i/S O. [U 285/00]).

4.2 Gestützt auf die dargelegten medizinischen Akten kann die Frage, ob es sich bei den auch nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (30. Juni 2008) bestehenden Gesundheitsstörungen um eine natürliche (Teil-)Folge des versicherten Unfalls handelt, in Bezug auf die psychischen Beschwerden bejaht werden (vgl. UV-act. 237). Hinsichtlich der Beschwerden in der HWS ist von einer Traumatisierung bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen in diesem Bereich auszugehen (vgl. UV-act. 6; Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ zuhanden der IV vom 5. Juni 2007 S. 6 [IV-Akten]). Damit bleibt die adäquate Unfallkausalität zu prüfen. Auch bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung steht der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 Erw. 3b). Sodann ist - wie in den vorerwähnten Fällen - dort, wo keine mit der HWS-Distorsion in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern eine selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung vorliegt, die Adäquanzbeurteilung auch dann nach BGE 115 V 133 vorzunehmen, wenn das psychische Beschwerdebild die körperlichen Beschwerden nicht eindeutig in den Hintergrund gedrängt hat (Urteil des EVG vom 23. Mai 2006 i/S O. [U 5/06] Erw. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S B. [8C\_124/2008], Erw. 7.2, mit welchem der st. gallische Entscheid vom 20. Dezember 2007 [UV 2007/24] bestätigt wurde).

Nach Lage der medizinischen Akten ist bei der Beschwerdeführerin von einem psychiatrischen Vorzustand auszugehen (vgl. UV-act. 6, 59 S. 3, 84/2, 90/2, 93) in dem Sinn, dass schon vor dem Unfall eine Tendenz bestand, zu somatisieren oder auto-aggressiv zu reagieren in Form von Schmerzen mit relativ hohem Schmerzmittelkonsum (UV-act. 50/5, 53/7). Es ist im Weiteren als ausgewiesen zu erachten, dass die relativ rasch nach dem Unfall bestätigte posttraumatische Belastungsstörung (UV-act. 42, 67) einen (Teil-)Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis aufwies. Die Neurologin Dr. I.\_\_\_\_ brachte in der Folge die kognitiven (neuropsychologischen) Störungen in Zusammenhang mit der psychogenen Störung



(UV-act. 59). Von eigenständigen, d.h. vom Psychostatus unabhängigen kognitiven Einschränkungen kann daher nicht ausgegangen werden (vgl. BGE 119 V 343 Erw. 3c). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind denn auch psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen können zur Erklärung der reduzierten Leistungsfähigkeit dienen (S. 475). Im Bericht des Psychiatrischen Zentrums Rorschach vom 18. Mai 2006 wurde sodann unter anderem festgehalten, die Patientin habe im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung ein eigenständiges Krankheitsbild mit den Symptomen einer depressiven Störung entwickelt. Aufgrund des polymorphen Beschwerdebildes (Panikattacken, chronische Schmerzen) leide sie phasenweise unter lebensmüden Gedanken, was eine stationäre Zuweisung in die Klinik Littenheid notwendig gemacht habe (UV-act. 56). Im Bericht vom 9. Januar 2007 zuhanden der IV hielten die Ärzte der Klinik Littenheid unter anderem fest, die Erkrankung lasse sich nicht aufgrund der beruflichen Belastungssituation bzw. des Unfalls mit Schleudertrauma erklären. Der Unfall sei wohl als Auslöser einer Akutisierung der wohl schon vorbestehenden psychischen Erkrankung zu sehen bei depressiven Krisen und strukturellen Defiziten im Sinn einer Persönlichkeitsstörung. Es sei auch von traumatischen Belastungen aus der Vergangenheit auszugehen mit den bekannten schweren Konflikten und finanziellen Problemen im Rahmen der Familie (IV-Akten). Nachdem Dr. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Oktober 2006 unter Bejahung einer Unfallteilkausalität der psychischen Beschwerden die Frage des Vorliegens einer "selbständigen Gesundheitsstörung" als nicht vom Psychiater zu beantwortende Rechtsfrage bezeichnet hatte (UV-act. 93 S. 13), bestätigte er im Bericht vom 11. März 2008 die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung und einer sozialen Ängstlichkeit. Eine posttraumatische Belastungsstörung verneinte er und wies dem Unfall lediglich noch eine kleine Teilursache an den bestehenden Beschwerden zu (UV-act. 237). Von Seiten der F.\_\_\_\_ war am 28. Dezember 2007 festgehalten worden, während der ganzen Trainingszeit hätten die psychosozialen Probleme der Beschwerdeführerin im Vordergrund gestanden und hätten jegliche Energie absorbiert (UV-act. 220). Der Psychotherapeut G.\_\_\_\_ berichtete am 31. Juli 2008 unter anderem, die Beschwerdeführerin lasse sich immer wieder von den psychischen Leiden anderer



(Ehemann, Kinder) absorbieren und überlasten. Sobald eine ausserordentliche Situation auftrete, neige sie zu Todeswünschen (UV-act. 270 Beilage).

Bei dieser Aktenlage ist als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen zu erachten, dass bereits vor dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 30. Juni 2008 bei der Beschwerdeführerin eine selbständige sekundäre psychische Gesundheitsschädigung und psychosoziale Probleme ganz im Vordergrund standen, auch wenn weiterhin körperliche Symptome vorhanden waren und behandelt wurden. In Fällen, in welchen die zum typischen Beschwerdebild einer schleudertraumaähnlichen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist die Beurteilung praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 Erw. 2a mit Hinweisen). Die Rechtsprechung, wonach bei der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht unterschieden wird (RKUV 1999, 407 Erw. 3b), kommt dabei nicht zur Anwendung.

5.

5.1 Bezüglich der Adäquanz der psychischen Beschwerden ist zunächst festzuhalten, dass der in Frage stehende Unfall vom 2. August 2005 aufgrund des Geschehensablaufs - das Fahrzeug der Beschwerdeführerin geriet auf der Autobahn ins Schleudern und kam, nach einem Frontalkontakt mit der Leitplanke, auf der Seite liegend zum Stillstand (vgl. UV-act. 1 und 1.1 mit Beilagen) - und der Verletzungen (UV-act. 4f) nicht als ausserordentlich schweres, lebensbedrohliches Geschehen im Sinn der Praxis (dargestellt in RKUV 1995, 91) eingestuft werden kann (vgl. auch Urteile des EVG vom 20. Juli 2005 [U 338/04] und vom 13. Juni 2005 [276/04] Erw. 2.3). Die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen und solchen im mittleren Bereich ist insofern von Bedeutung, als bei Unfällen im mittelschweren Bereich nach der Praxis mehrere Zusatzkriterien erfüllt sein müssen, um die Adäquanz bejahen zu können, wobei die Zahl um so geringer sein kann, je näher das Ereignis bei den schweren Unfällen liegt (vgl. dazu BGE 115 V 133 Erw. 6c/bb). Es scheint konkret gerechtfertigt, von einem mittelschweren Unfall auszugehen, allerdings nicht im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen (vgl. dazu etwa die



Sachverhalte in den Urteilen des EVG vom 14. April 2000 i/S S. [U 257/99]) und vom 24. August 2007 i/S K. [U 497/06] Erw. 4.2). Weitere Abklärungen zum Unfallereignis bzw. zur Unfallursache (Aquaplaning u.a.; vgl. act. G 11 S. 2) vermöchten an dieser Einstufung nichts zu ändern. Der Unfall hatte bei der Beschwerdeführerin gemäss Spitalbericht keine Bewusstlosigkeit bewirkt (UV-act. 10), auch wenn dies von der gleichen Institution vorerst anders bestätigt worden war (UV-act. 5). So lag denn auch ausschliesslich ein Kopfanprall (Gesicht) am Airbag vor. Ein Anprall anderer Körperteile fand nicht statt (UV-act. 29 S. 2). Dr. I. \_\_\_ hielt sodann fest, dass eine Bewusstlosigkeit nicht sicher vorgelegen habe. Die Beschwerdeführerin könne sich daran erinnern, dass sie den Sicherheitsgurt und die Türe geöffnet habe (UV-act. 59). Die Beschwerdeführerin konnte das Fahrzeug selbständig verlassen (vgl. Polizeibericht, UV-act. 1.1/1 S. 2 und 1.1/3, wo ebenfalls keine Bewusstlosigkeit erwähnt wurde). Eine gewisse Eindrücklichkeit für die Beschwerdeführerin kann dem Ereignis nicht abgesprochen werden. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind allerdings nicht belegt, zumal das objektive Unfallgeschehen massgebend ist (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004 i/S B., Erw. 2.3 [U 109/04] und vom 2. März 2005 i/S S., Erw. 5.1 [U 309/03]). Beim erlittenen cranio-cervikalen Beschleunigungstrauma handelt es sich nicht um eine Gesundheitsschädigung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007 i/S N. [8C\_101/2007] Erw. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007 i/S M. [U 558/06], Erw. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]).

Dr. J. \_\_\_ hielt im Verlaufsbericht vom 25. Februar 2008 unter anderem fest, die Massnahmen im medizinischen, psychologischen und sozialen Bereich seien intensiv weiterzuführen (UV-act. 231 S. 3). Von Seiten der Klinik für Neurologie wurden am 5. Mai 2008 keine fachspezifischen Behandlungsvorschläge gemacht und die Weiterführung der Betreuung durch den Hausarzt bzw. die Kollegen der Augenklinik vermerkt (UV-act. 254). Die Augenerkrankung stand dabei nicht im Zusammenhang mit dem streitigen Unfall (vgl. UV-act. 231 S. 2, 241). Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen für so lange, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet



werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Aufgrund der dargelegten Umstände kann die Notwendigkeit einer eigentlichen Behandlung von somatischen Unfallfolgen über den 30. Juni 2008 hinaus nicht ohne weiteres angenommen werden, zumal von vorbestehenden degenerativen Veränderungen im HWS-Bereich auszugehen ist (vgl. UV-act. 6; Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ zuhanden der IV vom 5. Juni 2007 S. 6 [IV-Akten]) und die grösstenteils unfallfremden psychischen und psychosozialen Gegebenheiten (vgl. unter anderem UV-act. 220 S. 2 unten) den Verlauf und dessen Dauer erheblich beeinflusst haben dürften. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass gemäss Darlegungen des Psychotherapeuten G.\_\_\_\_ sowohl die Tochter als auch der Ehemann der Beschwerdeführerin psychiatrisch betreut werden (Beilage zu UV-act. 270). Im Weiteren sind ein schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen zu verneinen. Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin liegt keine Fehlbehandlung durch die ärztliche Anordnung des Tragens eines Halskragens vor. Denn einerseits trug die Beschwerdeführerin diesen Kragen nur während einer begrenzten Zeitdauer und andererseits wies keiner der behandelnden oder begutachtenden Ärzte darauf hin, dass die geklagten Schmerzen in Zusammenhang mit dem Tragen des Kragens stünden. Damit finden sich keine Hinweise, dass sich eine allfällige Fehlbehandlung durch die Anordnung des Halskragens überhaupt ausgewirkt hätte (vgl. Urteil des EVG vom 8. Februar 2005 [U 314/04] Erw. 2.3).

Nach dem Unfall war die Beschwerdeführerin gemäss Bericht der Klinik Valens vom 15. November 2005 für die bisherige Tätigkeit als Kurier vollständig arbeitsunfähig. Hingegen wurde für eine andere berufliche Tätigkeit (ohne Lenken eines Motorfahrzeugs) aus rein rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit für mittelschwere Tätigkeiten bestätigt (UV-act. 38). Bei der in der Folge bescheinigten vollen Arbeitsunfähigkeit bildete die psychische Problematik die wesentliche Ursache, wobei diese überdies zum grössten Teil vorbestehend und damit unfallunabhängig war (vgl. UV-act. 67, 93, 237). Damit kann eine lang dauernde (somatisch begründete) Arbeitsunfähigkeit im Sinn der Rechtsprechung (vgl. zusammenfassende Darstellung im Urteil des EVG vom 30. August 2001 [U 56/00] Erw. 3d) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nachgewiesen gelten. Der behandelnde Arzt Dr. J.\_\_\_\_ ging sodann ab 1. September 2008 vorerst von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus (act. G 1 Beilage 3), welche sich allerdings wegen eines Zusammenbruchs der Beschwerdeführerin nicht realisieren liess. Ab dem 14. November 2008 bescheinigte



der Arzt wieder eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 11 Beilage 4). Auch wenn das Vorliegen von (somatischen unfallbedingten) Dauerschmerzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen wäre, liesse es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdeführerin die adäquate Unfallkausalität der psychischen Beschwerden verneinte.

5.2 Selbst wenn - wie die Beschwerdeführerin geltend machen lässt - nicht von einer unfallfremden, im Vordergrund stehenden psychischen Störung auszugehen und damit bei der Prüfung der Adäquanzkriterien nicht zwischen somatischen und psychischen Gesundheitsschäden zu unterscheiden wäre, müsste - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die Adäquanz jedenfalls ab dem Zeitpunkt der streitigen Leistungseinstellung verneint werden. Die Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände und der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.1, S. 127 mit Hinweisen) sowie der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung sind wie erwähnt zu verneinen. Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen anbelangt, hat das Bundesgericht in Erw. 10.2.2 von BGE 134 V 109 präzisiert, dass es zur Bejahung dieses Kriteriums einer besonderen Schwere der für die gegebene Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können, bedarf. Davon kann konkret nicht ausgegangen werden. Nicht ausgewiesen sind in diesem Kontext erhebliche Verletzungen, welche sich die Beschwerdeführerin neben der HWS-Distorsion zuzog. Sodann ist entscheidungswesentlich (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3), ob nach dem Unfall eine fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war. Die Beschwerdeführerin steht seit dem Unfall in Behandlung. Sie unterzog sich diversen Therapieverfahren (UV-act. 60, 231) und stand seit Oktober 2005 (stationäre Therapie in Valens) auch in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung (UV-act. 42, 50, 53, 67, 237; vgl. auch Zusammenstellung in act. G 11 Beilage 5 letzte Seite). In Anbetracht dieser Aktenlage ist festzustellen, dass nach dem Unfall vom 2. August 2005 bis zum Fallabschluss am 30. Juni 2008 eine fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung notwendig gewesen war, weshalb dieses Kriterium als erfüllt zu betrachten ist. Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der



Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Im Nachgang zum Unfall berichtete die Beschwerdeführerin über heftigste Schmerzen mit Beweglichkeitseinschränkung der HWS, wobei Schmerzmittel nicht geholfen hätten (UV-act. 6, 28). Von Seiten der Klinik Valens wurde im Bericht vom 15. November 2005 ein chronischer Schmerzzustand mit muskulärer Verspannung im HWS-Schultergürtelbereich bescheinigt (UV-act. 38). Im Bericht vom 25. Februar 2008 hielt Dr. J. \_\_\_ fest, im Vordergrund der Beschwerden stünden die Schmerzen im Bereich der HWS und des Kopfes. Hier werde versucht, mit physiotherapeutischen Massnahmen und Medikamenten eine Besserung zu erreichen, was zeitweise gut gelinge; es komme aber wiederholt zu schweren Rückfällen (UV-act. 231). Angesichts dieser Darlegungen lässt sich das Kriterium der erheblichen (unfallbedingten) Beschwerden nicht ohne weiteres in Abrede stellen, wobei allerdings auch hier die Auswirkungen der Vorzustände im HWS-Bereich und insbesondere in psychischer Hinsicht zu beachten sind. Das erwähnte Kriterium kann damit - bei ausschliesslichem Bezug auf die Folgen des streitigen Unfalls - nur in geringem Umfang als erfüllt gelten.

Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS (und punkto Adäquanzbeurteilung gleich zu behandelnden Verletzungen) ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 mit Hinweisen). Wie dargelegt



wurde im Bericht der Klinik Valens vom 15. November 2005 für die bisherige Tätigkeit (im Wesentlichen aus psychischen Gründen; UV-act. 67) eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, hingegen für eine andere berufliche Tätigkeit (ohne Lenken eines Motorfahrzeugs) aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit für eine mittelschwere Tätigkeit bestätigt (UV-act. 38). Bei der in der Folge bescheinigten vollen Arbeitsunfähigkeit bildete die (grösstenteils vorbestehende) psychische Problematik die wesentliche Ursache. Dr. D. \_\_\_ bezeichnete denn auch den Unfall im Bericht vom 11. März 2008 lediglich als "kleine Teilursache" der bestehenden psychischen Beschwerden (vgl. UV-act. 237). Bei dieser Sachlage kann von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit in erheblichem Ausmass jedenfalls ab März 2008 nicht mehr ausgegangen werden. Die ab 1. September 2008 nach Einschätzung von Dr. J. \_\_\_ auch hinsichtlich der unfallunabhängigen Gegebenheiten bestehende uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (act. G 1 Beilage 3) liess sich wie erwähnt wegen eines Zusammenbruchs nicht realisieren (act. G 11 Beilage 4). Ein Zusammenhang dieser Gegebenheiten mit dem streitigen Unfall wird weder behauptet noch ist ein solcher aus den Akten ersichtlich (vgl. dazu auch act. G 11 Beilage 5 S. 3). Die Frage, ob ausreichende Anstrengungen der Beschwerdeführerin, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen, ausgewiesen sind, kann unter diesen Umständen offenbleiben. Immerhin ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin das Eingliederungsprogramm in der F. \_\_\_ im Herbst 2007 abgebrochen hatte (UV-act. 179, 184f, 194). Diese Institution bestätigte in der Folge, dass während der ganzen Trainingszeit die psychosozialen Probleme der Beschwerdeführerin im Vordergrund gestanden und jegliche Energie absorbiert hätten (UV-act. 220). Die letztgenannten Umstände lassen sich nicht in Zusammenhang mit dem streitigen Unfallereignis bringen. Zusammenfassend ist eines der in BGE 134 V 109 angeführten Adäquanzkriterien klar und eines in geringem Umfang gegeben, was dazu führt, dass die Adäquanz der nach wie vor geklagten Beschwerden mit dem versicherten Unfall zu verneinen ist. Die Leistungseinstellung auf den 30. Juni 2008 lässt sich auch unter diesem Titel nicht beanstanden. Eine polydisziplinäre medizinische Abklärung (act. G 11 S. 4 unten) vermöchte unter den geschilderten Umständen zu keinem anderen Ergebnis zu führen.

6.



Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 18. September 2008 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.