



**Fall-Nr.:** UV 2008/91  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.04.2020  
**Entscheiddatum:** 19.10.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 19.10.2009**

**Art. 43 und 46 ATSG, Art. 6, 10 und 16 UVG: Die vorliegenden (medizinischen) Unterlagen, darunter v.a. Stellungnahmen beratender Ärzte der Beschwerdegegnerin, genügen nicht, um über den natürlichen Kausalzusammenhang zu entscheiden. Auch die Adäquanzprüfung, die wahrscheinlich nach der Schleudertrauma-Praxis von BGE 134 V 109 zu erfolgen hat, kann nicht vorgenommen werden, da verschiedene Unterlagen fehlen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Oktober 2009, UV 2008/91).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichter Martin Rutishauser und Franz Schlauri; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 19. Oktober 2009

in Sachen

L.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Fabienne Brandenberger-Amrhein,  
Kirchstrasse 24a, Postfach 1332, 8580 Amriswil,

gegen

AXA Versicherungen AG, General Guisan-Str. 40, Postfach 357, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

L.\_\_\_\_, geboren 1947, war seit 1. September 1997 als Pflegeassistentin im A.\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei den AXA Versicherungen AG (AXA; früher AXA Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft und davor Winterthur Versicherungen) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert (UV-act. 1). Bereits am 27. Dezember 2001 hatte die Versicherte bei einem Auffahrunfall ein HWS-Schleudertrauma erlitten. Damals waren neben den akuten Beschwerden in Form von reissenden Kopf- und Nackenschmerzen sowie Verspannungen der Schulter- und Nackenmuskulatur auch erhebliche degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule auf der Höhe C6/7 festgestellt worden (UV-act. M1 f. zum Unfall vom 27. Dezember 2001). Unter manueller und myofaszialer Behandlung bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, hatte die Arbeitsfähigkeit der Versicherten innerhalb von zwei Monaten wieder gänzlich hergestellt werden können und waren weitere Behandlungen ab April 2002 nur noch bei Verschlechterungen nötig (UV-act. M7 zum Unfall vom 27. Dezember 2001). Im Spätsommer 2003 wurde eine Serie von vier Behandlungen bei Dr. B.\_\_\_\_ wegen eines Rezidivs durchgeführt (nicht nummerierte Berichte Dr. B.\_\_\_\_ vom 5. September und 27. Oktober 2003 zum Unfall vom 27. Dezember 2001).

B.

B.a Am Abend des 12. September 2005 hielt die Versicherte ihren Personenwagen an, um bei einer Verengung der Strasse mittels Betonblöcken, den Gegenverkehr passieren zu lassen. Der nachfolgende Fahrzeuglenker wurde von der untergehenden Sonne geblendet, konnte nicht mehr rechtzeitig anhalten und fuhr auf ihr Heck auf (UV-act. A8). Unmittelbar nach dem Unfall zitterte sie am ganzen Körper und war sehr nervös. Am folgenden Morgen weckten sie starke Nackenschmerzen, die sich bis zum Hinterkopf erstreckten, sowie ein "Hämmern" bis gegen die Augen. Weiter plagte sie ein Ohrensausen. Sie konnte nicht arbeiten gehen. Innerhalb eines Tages nach der



Kollision trat Schwindel und später auch Übelkeit auf (Fragebogen zur Beschwerdeanamnese, Beilage zu UV-act. A8). Da für den 15. September 2005 wegen einer Blasenentzündung bereits eine Konsultation bei ihrem Hausarzt, Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, vereinbart war, wartete die Versicherte mit dem Arztbesuch bis dahin zu (UV-act. A8). Der Hausarzt diagnostizierte ein posttraumatisches Cervikalsyndrom, verschrieb Medikamente, einen Halskragen und Schonung und attestierte volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. M1 f.). Am 10. Oktober 2005 nahm Dr. B.\_\_\_\_ auf Verordnung durch Dr. C.\_\_\_\_ die manuelle und myofasziale Behandlung der Versicherten auf. Im Bericht vom 17. Oktober 2005 hielt er massive zervikale Schmerzen, Kopfschmerzen, Nausea, Tinnitus und Konzentrationsprobleme fest und stellte der Versicherten eine gute Prognose. Seine Röntgenaufnahmen bestätigten die "leichte Osteochondrose C6/7 wie bereits vor einigen Jahren" (UV-act. M3). Die spezialärztliche Abklärung unbekanntes Datums bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, ergab ausser beidseits positivem Rinne-Versuch einen unauffälligen ORL-Status. Den beidseitigen Tinnitus von 8 kHz mit 16 dB bezeichnete Dr. D.\_\_\_\_ als nicht sehr laut und damit auch nicht sehr störend. Er empfahl die Weiterführung der Therapie mit Betaserc durch den Hausarzt und eine erneute Zuweisung, sollten die Beschwerden anhalten (UV-act. M8).

B.b Da sich die körperlichen Leiden kaum veränderten und zunehmend psychische Symptome auftraten, verschrieb Dr. C.\_\_\_\_ am 16. November 2005 neben der bisherigen Behandlung ein Antidepressivum und eine Abklärung im sozialpsychiatrischen Dienst (UV-act. M5). Vom Unfall bis Ende Dezember 2005 war die Versicherte gänzlich arbeitsunfähig, Januar und Februar 2006 wurde ihr eine Arbeitsfähigkeit von 25% attestiert. Der beratende Arzt der AXA, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, nahm telefonisch Kontakt mit den behandelnden Ärzten Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ auf. Im Bericht vom 1. März 2006 hielt er fest, dass beide Ärzte der Versicherten eine gute Prognose stellten. Deren frühere Tätigkeit im Nachtdienst schätzten sie als günstiger für die Heilung ein als die körperlich belastendere Arbeit im Tagesdienst, die sie jetzt nach dem Unfall zu 25% verrichte und nur unter Einnahme von entzündungshemmenden und schmerzlindernden Medikamenten in hoher Dosierung ausüben könne. Dr. B.\_\_\_\_ empfahl eine Arbeitsplatzanalyse und allenfalls das Gespräch mit der Heimleitung, um das optimalere Prozedere für die Versicherte zu finden. Er zeigte sich dennoch



zuversichtlich, dass diese ihre Arbeitsfähigkeit ab 1. März 2006 auf 50% steigern könnte (UV-act. M7). Hauptsächlich aus psychiatrischen Gründen fiel die Arbeitsfähigkeit der Versicherten von 50% ab 1. März 2006 ab 16. März 2006 wieder dahin (UV-act. M9 und A12). Ab diesem Datum ging sie zu Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in die Gesprächstherapie (UV-act. M11, A16 f.). Im Gespräch der Unfallversicherung mit der Arbeitgeberin vom 21. März 2006 bestätigte die Heimleitung die Schwierigkeiten der Versicherten während ihrer Arbeitstätigkeit von Januar bis Mitte März 2006. Neben einem Stellenbeschrieb wurde der Versicherung auch eine Gesprächsnotiz vom 18. Oktober bzw. 21. November 2005 ausgehändigt, wonach der Arbeitnehmerin mitgeteilt worden war, dass ihre Stelle aus betriebswirtschaftlichen Gründen neu besetzt werde (UV-act. A12 und Beilagen). - Auf Veranlassung der behandelnden Psychiaterin machte die Versicherte ab 12. Juni 2006 einen therapeutischen Arbeitseinsatz von 20%. Dieser musste jedoch nach zwei Wochen wieder abgebrochen werden (UV-act. M11, A16 f. und A20).

B.c Am 15. August 2006 führte Dr. B.\_\_\_\_ am Telefon mit dem Sachbearbeiter der Unfallversicherung aus, die Versicherte reagiere plötzlich besser auf seine Therapie. Er gehe davon aus, dass die Behandlung bei Dr. F.\_\_\_\_ die psychischen Blockaden langsam löse. In absehbarer Zeit könne auch nach Meinung der Versicherten an eine Wiederaufnahme der Arbeit gedacht werden. Problematisch sei diesbezüglich, dass sie unfallfremd an einer schweren Hüftarthrose leide, welche möglichst bald operativ angegangen werden müsse (UV-act. A21). Dr. F.\_\_\_\_ ging im Kurzbericht vom 14. November 2006 bei nicht wesentlich verändertem psychischem Gesundheitszustand der Versicherten von einer (theoretischen) Arbeitsfähigkeit von ca. 20% ab 31. August 2006 aus (UV-act. M14). Die Hüftoperation mit Implantation einer Totalprothese erfolgte am 30. November 2006 (UV-act. M15). Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats FMH, bestätigte der Unfallversicherung am 25. Januar 2007, dass nach der Hüftoperation bei körperlich belastender Tätigkeit (zum Beispiel Pflegeberufe) mit einer vollen Arbeitsunfähigkeit von mindestens drei Monaten zu rechnen sei. Allenfalls müsste diese auch verlängert werden. Anschliessend bestehe für ein bis zwei Monate meistens Teilarbeitsunfähigkeit und insgesamt meist nach sechs Monaten wieder volle Arbeitsfähigkeit (UV-act. M17).



## St.Galler Gerichte

B.d Das A.\_\_\_\_ teilte der AXA am 13. Februar 2007 telefonisch mit, dass man nach reiflicher Überlegung zum Schluss gekommen sei, das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten per Ende Mai 2007 aufzulösen (UV-act. A33). Aus dem Kündigungsschreiben vom 22. Februar 2007 bzw. 4. Mai 2007 sowie dem Schreiben der Arbeitgeberin vom 7. September 2007 geht hervor, dass die Kündigung per Ende September 2007 wirksam wurde (act. G 1.1/10b; UV-act. A44 und A56).

B.e Am 23. April 2007 berichtete Dr. F.\_\_\_\_ der Unfallversicherung, die Versicherte habe die Hüftgelenksoperation gut überstanden und sei von daher kaum noch beeinträchtigt. Auch der psychische Zustand habe sich weitgehend gebessert (UV-act. M19). Dr. B.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 30. April 2007 als aktuelle Befunde zervikale Verspannungen zufolge Myogelosen nach HWS-Distorsion, Konzentrationsstörungen und Zerstreutheit an (UV-act. M20). Bezogen auf die Folgen des Hüftleidens ging Dr. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 1. Mai 2007 von voller Arbeitsunfähigkeit vom 29. November 2006 bis 31. März 2007 und von 50%iger vom 1. April bis 31. Mai 2007 mit 50% Präsenz bei voller Leistung aus und hielt fest, dass die Patientin im angestammten Beruf diesbezüglich wieder voll arbeitsfähig werde (UV-act. M21).

C.

C.a Die AXA legte die Akten Dr. E.\_\_\_\_ zur Stellungnahme vor. Dieser kam im Bericht vom 18. Mai 2007 zum Schluss, der natürliche Kausalzusammenhang sei nach seinem Dafürhalten nicht mehr gegeben und der Status quo ante / quo sine, bezogen auf die HWS-Kontusion, per Ende 2006 erreicht (UV-act. M22). Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nahm als beratender Psychiater der Unfallversicherung aufgrund der Akten am 14. Juni 2007 schriftlich Stellung. Er hielt fest, die psychischen Beschwerden der Versicherten hätten ab Juni 2006 im Vordergrund gestanden, für die volle Arbeitsunfähigkeit schon ab 16. März 2006.

C.b Gestützt auf diese Berichte gewährte die AXA der Versicherten bzw. deren Rechtsvertreterin Ende Juni 2007 mündlich und am 17. Juli 2007 schriftlich das rechtliche Gehör zur geplanten Einstellung der Versicherungsleistungen per 1. Juli 2007 (UV-act. A44 und A47). Dazu nahm diese mit Schreiben vom 23. August 2007 Stellung (UV-act. A51). Am 12. September 2007 verfügte die AXA die Einstellung der



Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 30. Juni 2007 (UV-act. A57). Dagegen liess die Versicherte am 16. Oktober 2007 Einsprache erheben (UV-act. A62). Die Unfallversicherung holte beim beratenden Arzt, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, eine schriftliche Stellungnahme zu den medizinischen Akten ein, die dieser am 22. Mai 2008 abgab (UV-act. M24 f.). Am 29. Mai 2008 nahm Dr. I.\_\_\_\_ zusätzlich zum interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 4. Dezember 2007 Stellung, welches die IV-Stelle des Kantons St. Gallen in Auftrag gegeben hatte (UV-act. M26 f.). In dessen Rahmen war durch J.\_\_\_\_, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 3. Oktober 2007 ein psychiatrisches Konsiliargutachten verfasst worden. Die MEDAS-Gutachter empfahlen die Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie und verneinten aus rheumaorthopädischer Sicht die Indikation für weitere Therapien. Gestützt auch auf diese zusätzlichen medizinischen Unterlagen wies die AXA die Einsprache mit Entscheid vom 9. Juli 2008 ab.

D.

D.a Dagegen richtet sich die Beschwerde vom 8. September 2008 mit den Anträgen, der Einspracheentscheid vom 9. Juli 2008 sowie die Verfügung vom 12. September 2007 seien aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2007 die gesetzlich geschuldeten Leistungen weiterhin zu erbringen; eventualiter seien der Einspracheentscheid vom 9. Juli 2008 sowie die Verfügung vom 12. September 2007 aufzuheben und es sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wird angeführt, es sei nicht rechtsgenügend nachgewiesen, dass der natürliche Kausalzusammenhang weggefallen sei, da die Ausführungen der beratenden Ärzte aus mehreren Gründen nicht beweistauglich seien und den Berichten der behandelnden Ärzte die Beweistauglichkeit zu Unrecht abgesprochen werde. Es habe sich um einen schweren Unfall gehandelt und die Adäquanz sei nach der Schleudertrauma-Praxis von BGE 134 V 109 zu prüfen und nicht nach derjenigen bei psychischer Fehlentwicklung mit Krankheitswert gemäss BGE 115 V 133, da die psychische Symptomatik nicht nachweislich im Vordergrund gestanden habe. Die Adäquanz sei gegeben, da fünf der sieben einschlägigen Kriterien erfüllt seien.



## St.Galler Gerichte

D.b Mit Beschwerdeantwort vom 12. Dezember 2007 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen. Sie entgegnet die Kritik an den Stellungnahmen der beratenden Ärzte und hält fest, der natürliche Kausalzusammenhang sei spätestens per Ende 2006 nicht mehr gegeben. Es sei aufgrund der medizinischen Akten klar, dass die psychische Problematik im Vordergrund stehe und die Adäquanz nach der Praxis bei psychischer Fehlentwicklung zu prüfen sei. Es habe sich um einen mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten gehandelt und kein einziges Adäquanzkriterium sei erfüllt, auch nicht nach der Schleudertrauma-Praxis.

D.c Mit Replik vom 12. Februar 2009 und Duplik vom 30. März 2009 halten die Parteien an ihren Standpunkten fest. Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der weiteren Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung für die Folgen des Unfalls vom 12. September 2005 per 30. Juni 2007 eingestellt hat.

2.

2.1 In erster Linie ist streitig, ob im Einstellungs- bzw. Beurteilungszeitpunkt noch ein natürlicher Kausalzusammenhang der Beschwerden zum Unfall vom 12. September 2005 bestand. Die Beschwerdegegnerin hat die einschlägigen rechtlichen Grundlagen im Einspracheentscheid zutreffend dargelegt (Erwägung 2.3 1. Absatz). Darauf kann verwiesen werden. Zu ergänzen ist, dass die anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem



schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit, dass sich der Unfall nicht mehr ursächlich auswirkt, genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2 mit Hinweis).

2.2 Die Beschwerdegegnerin hatte die Kausalität der physischen und psychischen Beschwerden durch Übernahme der Behandlungskosten und vorbehaltlose Ausrichtung der Taggelder anerkannt (vgl. auch UV-act. A24). Nur die Hüftarthrose, deren Behandlung und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit wurden unmissverständlich als unfallfremd von ihrer Leistungspflicht ausgeschlossen (UV-act. A21, A24 bis A26, A32 und A41). Im Einspracheentscheid vom 9. Juli 2008 stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahmen ihrer beratenden Ärzte Dr. E.\_\_\_\_, Dr. H.\_\_\_\_ (zumindest indirekt) und Dr. I.\_\_\_\_ ab und hielt fest, nach deren schlüssigen Ausführungen könne nur bis Ende 2006 vom Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder



in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353f. mit Hinweis).

2.3 Die jüngsten Berichte der behandelnden Ärzte Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_, welche die Beschwerdegegnerin vor Erlass der Verfügung vom 12. September 2007 einverlangt hatte, erlauben keinen klaren Schluss auf die natürliche Kausalität der weiterhin bestehenden Beschwerden zum Unfall vom 12. September 2005:

2.3.1 Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 28. Februar 2007 (UV-act. M18) über die Weiterführung seiner Behandlung auch während der Rehabilitationsphase nach der Hüftoperation und hielt fest, die Patientin realisiere jetzt klar die Wirkung seiner Behandlung. Sie leide zurzeit noch oft an morgendlichen Kopfschmerzen und könne den Kopf nicht lange in der gleichen Haltung behalten. Er habe der Patientin zusätzlich isometrische Übungen instruiert und sie physiotherapeutisch kräftigen lassen. Leider seien noch emotionale (Aspekte) wie der Tod des Vaters hinzugekommen. Er erhoffe sich, dass nach Abschluss der Hüft-Rehabilitation eine langsame sukzessive Integration in den Arbeitsprozess vorgenommen werden könne. - In seinen Antworten vom 30. April 2007 (UV-act. M20) auf einen ausführlichen Fragekatalog der Beschwerdegegnerin hielt Dr. B.\_\_\_\_ als Befund zervikale Verspannungen zufolge Myogelosen nach HWS-Distorsion, Konzentrationsstörungen und Zerstretheit fest und diagnostizierte ein chronisches Zervikalsyndrom nach HWS-Distorsion. Die Frage nach unfallfremden Faktoren beantwortete er widersprüchlich: Einerseits verneinte er unfallfremde Faktoren, führte aber im zweiten Satz aus, die Patientin habe früher schon einmal einen Unfall gehabt und damals sehr gut auf die gezielte manuelle und myofasziale Behandlung angesprochen. Jetzt sei der Verlauf leider schleppend. Interessanterweise klagte sie über Konzentrationsstörungen, die sich so auswirkten, dass sie immer wieder Termine verschwitze (...), obwohl die Behandlung jetzt besonders wichtig geworden wäre, da die Hüfte ja operiert sei und sie gehofft hätten, dass durch die verlängerte Rekonvaleszenz nach Hüftoperation der Nacken zur Ruhe



komme. Auf die Frage nach den medizinischen Gründen für die volle Arbeitsunfähigkeit antwortete der behandelnde Arzt, die Patientin habe ihre Arbeit wegen zunehmender Verschlechterung der Schmerzsituation nicht mehr aufnehmen können. Sie habe immer von den Behandlungen bei ihm profitiert, obwohl nicht mehr so durchgreifend wie vor einigen Jahren. Trotzdem seien psychosoziale Faktoren unübersehbar. Zu den Fragen nach der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in ihrer beruflichen Tätigkeit als Pflegeassistentin/Pflegehilfe sowie in einer anderweitigen leidensangepassten Tätigkeit hielt Dr. B.\_\_\_\_ ein Gutachten für fällig.

2.3.2 Dr. F.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 23. April 2007 (UV-act. M19) neben einer weitgehenden Besserung des psychischen Zustands (und der Tatsache, dass ihre Patientin wegen der Hüfte kaum mehr Beeinträchtigungen verspüre) fest: "Frau L.\_\_\_\_ klagt vor allen Dingen über eine rasche Ermüdbarkeit, Erschöpfungszustände bei körperlichen und geistigen Belastungen, Stimmungsschwankungen. Beeinträchtigt ist Frau L.\_\_\_\_ vor allen Dingen durch Schmerzen beim Heben und Tragen von Lasten, bei schweren Hausarbeiten, wodurch Schwindel und Übelkeit ausgelöst werden. Daraufhin sei sie dann meistens recht depressiv, weil sie nicht mehr so leistungsfähig sei. Auch brauche sie längere Zeit um sich zu erholen." Weiter führte die behandelnde Psychiaterin physische Beeinträchtigungen an, die sie auf das Schleudertrauma zurückführte: Kopfweg, Schwindel und Schmerzzustände im Nackenbereich sowie Tinnitus. Neben der Weiterbehandlung mit Antidepressiva verwies sie auf die Hauptbehandlung durch den Hausarzt wegen der Folgen des Schleudertraumas.

2.3.3 Der jüngste Bericht von Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ in den medizinischen Akten der Beschwerdegegnerin datiert bereits vom 25. Oktober 2006 (UV-act. M13). Er hatte damals festgehalten: "Frau L.\_\_\_\_ erlitt im September 2005 einen Verkehrsunfall und zog sich dabei ein Zervikalsyndrom zu. Die Behandlung zieht sich wegen chronischer Nacken- und Kopfschmerzen in die Länge. Überlagert werden die Beschwerden durch psychosomatische Symptome, vorwiegend Angstzustände im Auto, aber auch Nervosität, Zittern und Konzentrationsstörungen. Durch die chronischen Nackenbeschwerden mit den geschilderten psychosomatischen Beschwerden entwickelte sich in der Folge ein depressiver Erschöpfungszustand." Neben den Behandlungen bei Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ führte der Hausarzt weiter aus, dass sich die Rehabilitation durch eine Arthrose der rechten Hüfte verzögere, wegen welcher der



Patientin in den nächsten Wochen eine Hüftprothese eingesetzt werde. Abschliessend hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest: "Aufgrund des beschriebenen chronischen Verlaufes ist eine Invalidisierung zu erwarten. Die Patientin wurde bei der IV angemeldet. Vorerst besteht immer noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, eine Änderung dieser Beurteilung ist derzeit nicht abzusehen."

2.3.4 Soweit aus den Akten, die dem Gericht zur Verfügung stehen, ersichtlich ist, wurden Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ durch die Beschwerdegegnerin unmittelbar vor der Verfügung nicht (mehr) nach der Unfallkausalität gefragt. Dr. B.\_\_\_\_ verwies (im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin) auf eine Begutachtung und äusserte sich, wie ausgeführt (Erwägung 2.3.1), widersprüchlich zur Unfallkausalität. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte kann das Dahinfallen der weiteren Unfallkausalität bzw. das allfällige Erreichen des Status quo sine nicht hergeleitet werden, schon gar nicht mit dem geforderten Wahrscheinlichkeitsgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit.

2.4 Dr. E.\_\_\_\_ hatte für seine schriftliche Beurteilung vom 1. März 2006 vorgängig mit den behandelnden Ärzten Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ telefoniert (UV-act. M7). Am 30. August 2006 beurteilte er die Situation aufgrund nicht klar bezeichneter Kontakte erneut schriftlich (UV-act. M12). Seine dritte schriftliche Stellungnahme, die die Beschwerdegegnerin zur Einstellung der Leistungen mit Verfügung vom 12. September 2007 veranlasste und die nachfolgend zu diskutieren ist, gab Dr. E.\_\_\_\_ am 18. Mai 2007 "aufgrund der Unterlagen" ab (UV-act. M-22). Er führte dabei nicht näher aus, welche Unterlagen ihm zur Verfügung standen; ob dies die bisherigen medizinischen Akten, das gesamte Dossier oder die medizinischen und ausgewählte allgemeine Akten waren. Nur aufgrund dieser nicht klar bezeichneten Akten und ohne die Beschwerdeführerin je gesehen, geschweige denn untersucht zu haben, formulierte Dr. E.\_\_\_\_ mit "psychosomatisches Syndrom im Sinne einer somatoformen Störung" eine neue, in den Akten bisher nicht gestellte, psychiatrische Diagnose, für die er als Facharzt für Innere Medizin FMH nicht kompetent ist. Auch seine Begründungen sind nicht schlüssig: Dr. E.\_\_\_\_ listete auf Seite 1 Fakten als Risikofaktoren auf ("Arbeiten in verschiedenen Tätigkeiten wie Verkäuferin, Filialleiterin in einer Bäckerei, Wirtin, Serviertochter ..."; "... lebte mit dem Sohn in einem gemeinsamen Haushalt [4½ Zimmerwohnung]. Dieser Sohn ist mittlerweile ausgezogen. "), ohne darzustellen, wie



sie - seiner Meinung nach - zu Risikofaktoren wurden und vermischte sie mit Tatsachen, denen die Risikoeigenschaft eher zugesprochen werden kann ("... und zuletzt als Hilfspflegerin mit der Notwendigkeit, hohe körperliche Einsätze zu leisten, trotz zunehmender Beschwerden von Seiten des Hüftgelenkes welches nach ihren eigenen Angaben bezüglich der Operationsnotwendigkeit und Durchführung etwas 'verzogen' wurde. Die Patientin ist nach zwei Heiraten geschieden, ..."; "Anfangs Jahr verstarb noch der Vater der Patientin, dann wurde ihr zu guter Letzt die Arbeitsstelle gekündigt ..."). Mit der Bemerkung zur Kündigung der Arbeitsstelle, "... mit dem Hinweis, dass man mit ihrer Arbeit nun längere Zeit nicht mehr zufrieden war", machte er gar eine klar aktenwidrige Feststellung, wie die Beschwerdeführerin zu Recht rügt. Auf Seite 2 seiner Stellungnahme stellte der beratende Arzt in zeitlicher Hinsicht eine aktenwidrige Abfolge dar: Die Anpassungsstörung wurde von Dr. F.\_\_\_\_ zu Beginn ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im März 2006 diagnostiziert, klar bevor im August 2006 die Coxarthrose aktenkundig wurde (UV-act. A21) und Ende 2006 / Anfang 2007 Therapieunterbrüche wegen der Hüftoperation stattfanden. Die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_, "Die Schwierigkeiten, ... werden nun im Sinne eines Kausalitätsbedürfnisses am Unfall aufgehängt." beruhen auf Interpretation und lassen sich durch die Akten gerade nicht abstützen. Auch die Herleitung "Hier darf man von einer mangelnden Fähigkeit der Konflikt-, bzw. Problemverarbeitung ausgehen, entsprechend handelt es sich um eine psychische Erkrankung (somatoforme Störung), ..." ist keineswegs schlüssig. Dr. E.\_\_\_\_ spiegelte die Entwicklung und leichte Besserung des (unfallbedingten physischen und des psychischen) Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin in seiner Stellungnahme nicht. Vielmehr zitierte er aus allen ärztlichen Berichten lediglich diejenigen Stellen, die seine Argumentation stützten. Die "psychosozialen Faktoren", die Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 30. April 2007 (UV-act. M20) nannte, interpretierte Dr. E.\_\_\_\_ mit seiner Klammerbemerkung "Schicksalsschläge und sozioökonomische Katastrophen, die in letzter Zeit sich eingestellt hatten" in unzulässiger Weise. In der Wiederholung von Frage 1 und der Antwort darauf wurde weiter statt dem richtigen Unfalldatum vom 12. September 2005 mit 12. Mai 2005 ein um vier Monate früheres Datum genannt und die natürliche Kausalität damit in der Antwort auf Frage 2 vermeintlich nach 19½ statt nach effektiv 15½ Monaten verneint. Der Zeitpunkt Ende 2006, per welchem der Status quo ante / quo sine gemäss Dr. E.\_\_\_\_ erreicht war, wurde nicht näher begründet und



erscheint daher willkürlich gewählt. - Zusammengefasst kann die Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2007 (UV-act. M22) nicht als schlüssig bezeichnet werden. Seine Begründungen sind - soweit vorhanden - nicht widerspruchsfrei und nachvollziehbar. Besonders mit der Kompetenzanmassung einer psychiatrischen Diagnose besteht auch ein schwerwiegendes Indiz gegen die Zuverlässigkeit der Stellungnahme.

2.5 Auch der Bericht des beratenden Psychiaters, Dr. H.\_\_\_\_, vom 14. Juni 2007 (UV-act. M23) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung nicht, damit ihm voller Beweiswert zukommen könnte: Auch Dr. H.\_\_\_\_ führte nicht aus, welche Akten ihm zur Verfügung standen. Es ist anzunehmen, dass es neben den medizinischen Akten auch wesentliche weitere Abklärungsergebnisse der Beschwerdegegnerin waren, denn Dr. H.\_\_\_\_ schrieb, dass er alle ihm vorliegenden medizinischen Akten studiert habe, und erwähnte unter Bemerkungen Aussagen der Versicherten gegenüber dem Schadeninspektor Herrn M.\_\_\_\_ am 1. März 2007.

Solche Aussagen der Versicherten gegenüber einem Schadeninspektor am 1. März 2007 - allenfalls gegenüber der AXA als Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers gemacht - sind in den Akten der Beschwerdegegnerin nicht enthalten und stehen dem Gericht nicht zur Verfügung. Indem sie diese Aussagen dem beratenden Psychiater zur Verfügung stellte, jedoch nicht in ihr Unfall-Aktendossier aufnahm, verletzte die Beschwerdegegnerin jedenfalls ihre Aktenführungspflicht gemäss Art. 46 ATSG.

Mit seinen Ausführungen, die Schmerzen müssten aufgrund der ausgeprägten Hüftarthrose bereits im September 2005 (das heisst im Zeitpunkt des Unfalls) mindestens zeitweise erheblich gewesen sein, mutmasste Dr. H.\_\_\_\_ lediglich. Aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ (UV-act. M1 bis M6 und M9 f.), sind bemerkenswerte Hüftschmerzen der Beschwerdeführerin vor Mitte 2006 jedenfalls nicht nachgewiesen. Ausser im Zeugnisformular, das Dr. C.\_\_\_\_ am 30. September 2005 ausgefüllt hatte (UV-act. M2) und in der Fragestellung an Dr. F.\_\_\_\_, die sie mit Bericht vom 29. Juni 2006 beantwortet hatte (UV-act. M11), stellte zwar die Beschwerdegegnerin die Kausalitätsfrage bzw. die Frage nach weiteren (unfallfremden) Leiden vor Mitte 2006, soweit ersichtlich, nicht ausdrücklich. Die Ausführungen der Ärzte im fraglichen Zeitraum enthalten jedoch keinerlei



Anhaltspunkte, dass sie bemerkenswerte Hüftbeschwerden ihrer Patientin verschwiegen hätten. Auch die Abklärungen der Beschwerdegegnerin am Arbeitsplatz der Beschwerdeführerin am 21. März 2006 ergaben keinerlei Hinweise auf eine Hüftarthrose, geschweige denn auf (schmerzbedingte) Einschränkungen deswegen (UV-act. A12). - Abgesehen von der Mutmassung betreffend Schmerzen von Seiten der rechten Hüfte sind die Antworten von Dr. H.\_\_\_\_ auf die Fragen 1 bis 3 klar und nachvollziehbar begründet. Auch bedingt durch die Fragestellung der Beschwerdegegnerin beleuchtete Dr. H.\_\_\_\_ die weitere Entwicklung der (psychischen) Beschwerden jedoch nicht. Der Schluss des beratenden Psychiaters in seiner ersten Bemerkung, "Sie hat schon vor dem Unfall in Nachtschicht gearbeitet, war also von Seite der Hüfte in ihrer Einsatzfähigkeit bereits eingeschränkt." ist aufgrund der Informationen, die er in seiner Stellungnahme angibt, weder zulässig noch nachvollziehbar. Er stimmt auch nicht mit den Angaben der Arbeitgeberin überein, wie vorstehend dargelegt. Unberücksichtigt blieben auch die Feststellungen der Vorgesetzten anlässlich der Besprechung vom 21. März 2006 (UV-act. A12): "Man sei (...) mit den Leistungen von Frau L.\_\_\_\_ immer zufrieden gewesen. Seit dem Unfall vom 12. September 2005 sei sie jedoch ein ganz anderer Mensch geworden. (...)" - Bei seiner zweiten Bemerkung ging Dr. H.\_\_\_\_ einerseits von einem falschen Tatbestand aus ("Frau L.\_\_\_\_ wohnt mit ihrem Partner, ihrem 26-jährigen Sohn und dessen Freundin in einer gemeinsamen 4½-Zimmer-Wohnung."), wie die Beschwerdeführerin zu Recht rügt. Andererseits machte er Unterstellungen, die allein aufgrund nicht klar bezeichneter Akten unzulässig sind ("Offenbar hat sie erhebliche Schwierigkeiten, dass ihre Bedürfnisse wahrgenommen werden und kann sich auch nur schlecht durchsetzen. Hilfe scheint sie fast nur von Seiten des Gesundheitswesens zu bekommen."), und die sich auch tatsächlich als falsch erwiesen (vgl. Ausführungen der Beschwerdeführerin anlässlich der Besprechung vom 21. März 2006, UV-act. A12, wonach die Freundin des Sohnes täglich vorbeikomme und bei ihr putze und aufräume).

2.6 Die Beschwerdeführerin lässt mit dem Schreiben von Dr. F.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2007 (act. G 1.1/11) eine Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin einreichen, die sie der Beschwerdegegnerin bereits mit ihrer Einsprache vom 16. Oktober 2007 (UV-act. A61) als Beilage 2 zugestellt hatte. - Auch diese und die übrigen Beilagen zur Einsprache sowie das separate Aktenverzeichnis der Beschwerdeführerin hatte die



Beschwerdegegnerin in Verletzung ihrer Aktenführungspflicht gemäss Art. 46 ATSG nicht in ihre Akten aufgenommen, die sie dem Gericht zur Verfügung stellte. - Dr. F. \_\_\_ hielt auf Anfrage der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, ob die psychischen Beschwerden seit dem Unfall vom 11. September 2005 (Gemäss Angaben in der Unfallmeldung [UV-act. A1] und gegenüber dem Schadeninspektor am 25. Januar 2006 [UV-act. A8 mit Beilagen] hatte sich der Unfall am 12. September 2005 ereignet.) bis zum heutigen Zeitpunkt gegenüber den psychischen Beschwerden völlig in den Hintergrund getreten seien, fest: "Die körperlichen Beschwerden vom Unfall vom 11. September 2005 von Frau L. \_\_\_ stehen absolut im Vordergrund und sind auch der Grund für ihre Arbeitsunfähigkeit." Frage 2, ob es sich bei den psychischen Beschwerden um eine selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung handle, beantwortete die behandelnde Psychiaterin mit: "Die psychischen Beschwerden von Frau L. \_\_\_ sind eine Folge der körperlichen Beschwerden. Unter der psychiatrischen Behandlung haben sich die psychischen Beschwerden weitgehend gebessert." - Die Beschwerdegegnerin spricht dieser Stellungnahme und weiteren Berichten von Dr. F. \_\_\_ Beweiskraft ab mit dem Hinweis auf die Rechtsprechung, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientin aussagten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353 mit Hinweisen). Dazu ist festzuhalten, dass Frau Dr. F. \_\_\_ zwar behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin ist, jedoch nicht als ihre Hausärztin bezeichnet werden kann. Ihre Stellungnahme vom 12. Oktober 2007 ist wohl kritisch zu würdigen, jedoch kann ihr nicht allein aufgrund der Urheberschaft die Beweiskraft abgesprochen werden. Sie ist nach der Rechtsprechung analog einem Parteigutachten nicht allein deshalb von zweifelhaftem Beweiswert, weil sie von der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Rechtsvertreterin eingeholt und in das Verfahren eingebracht wurde (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/dd S. 353 mit Hinweisen). - Mit der Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 12. Oktober 2007, die eigens zur Stützung des (Einsprache- und) Beschwerdestandpunkts einverlangt und erstellt worden war, werden Indizien aus den übrigen medizinischen Akten unterlegt, wonach die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin nicht über die ganze Heilphase im Vordergrund gestanden hatte und wonach sich ihr psychischer Gesundheitszustand erheblich verbessert hatte. Hingegen vermag die Stellungnahme nicht, die Zweifel am natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden, die über den



Einstellungszeitpunkt hin bestehen, und dem Unfall vom 12. September 2005 zu entkräften.

2.7 Dr. I.\_\_\_\_, dem die Angelegenheit vor Erlass des Einspracheentscheids vom 9. Juli 2008 unterbreitet worden war, standen nach seinen Angaben die medizinischen Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung. Er ging in seiner Stellungnahme vom 22. Mai 2008 (UV-act. M25 [Fragestellung M24]) zur Frage 1 nach den Beschwerden, die auch nach dem 30. Juni 2007 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen seien, von einer falschen Arbeitsunfähigkeit vom Unfallzeitpunkt bis Ende Februar 2006 aus, wie auch die Beschwerdegegnerin zugesteht (Beschwerdeantwort S. 7 unten). Die Beschwerdeführerin war vom Unfallfolgetag (13. September 2005) bis 31. Dezember 2005 voll und während der Monate Januar und Februar 2006 75% arbeitsunfähig, wie Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 7. April 2006 (UV-act. M9) festgehalten hatte. Am 1. März 2005 steigerte sie ihre Arbeitsfähigkeit weiter auf 50%, wurde dann jedoch weitgehend aus psychiatrischen Gründen wieder voll arbeitsunfähig. Zumindest bis Mitte März 2006 und somit während eines halben Jahres wirkten sich die Unfallfolgen entsprechend einem üblichen Verlauf degressiv aus und trafen die Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_, der fälschlicherweise bis Ende Februar 2006 von lediglich 25% Arbeitsunfähigkeit ausging, nicht zu. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin im Tagdienst nach dem Unfall einen körperlich erheblich strengeren Einsatz leisten musste, als im Nachtdienst vor dem Unfall, wie von Dr. E.\_\_\_\_ anlässlich der Telefongespräche mit den behandelnden Ärzten thematisiert und im Bericht vom 1. März 2007 (UV-act. M7) festgehalten sowie als nicht optimal für die Heilung der Patientin beurteilt wurde, wurde auch von Dr. I.\_\_\_\_ nicht berücksichtigt. Er erklärte die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_, dass per Ende 2006 von einem Status quo sine auszugehen sei, als nachvollziehbar und führte in Antwort 4 aus, er könne sie voll unterstützen, ohne dies näher zu erläutern. - Bezüglich Tinnitus (Frage 2) stützte sich Dr. I.\_\_\_\_ allein auf die ohrenärztliche Abklärung (Bericht Dr. D.\_\_\_\_ vom 5. April 2006, UV-act. M8), einen Bericht, der nicht einmal das Untersuchungsdatum enthält. Die Feststellungen von Dr. C.\_\_\_\_ im Dokumentationsbogen für die Erstkonsultation (UV-act. M1), dass die Patientin auch unter Ohrensausen leide, und die Tatsache, dass der Hausarzt bereits am 28. Oktober 2005 berichtete, die Patientin sei "wegen eines neu aufgetretenen Tinnitus" konsiliarisch an den Ohrenarzt überwiesen worden, blieben unberücksichtigt. Unter Berücksichtigung aller Umstände sind die Ausführungen von



Dr. I.\_\_\_\_ zur Kausalität des Tinnitus reine Mutmassungen. - Auch in Antwort 5 erläuterte der beratende Arzt nicht schlüssig, weshalb der Status quo sine unter Berücksichtigung des ersten Unfalls vom 27. Dezember 2001 per Ende 2006 erreicht sein solle. In Antwort 6 postulierte er, für ein Gutachten müsste neben den medizinischen Akten die psychosoziale Situation genau bekannt sein, was für seine Beurteilung gerade nicht zutraf, da ihm nur die medizinischen Akten zur Verfügung standen und diese, wie in Erwägung 2.4 und 2.5 dargelegt, erwiesenermassen Unwahrheiten enthielten. - Zusammengefasst kommt auch der Aktenbeurteilung vom 22. Mai 2008 durch Dr. I.\_\_\_\_ kein voller Beweiswert zu.

2.8 Zuhanden der IV-Stelle des Kantons St. Gallen hatte die MEDAS Ostschweiz am 4. Dezember 2007 aufgrund von ambulanten somatischen und psychiatrischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 24. bis 26. September 2007 ein polydisziplinäres Gutachten erstellt (act. G 1.1/5). Sie hatte dafür über das Aktendossier der Invalidenversicherung (IV), darunter auch die wichtigsten Akten der AXA (Gutachten S. 7 bis 9 und S. 12 f.), verfügt. Die Fragestellung der IV-Stelle enthielt keine Fragen zur Unfallkausalität. Dementsprechend nahmen die Gutachter keine eingehende Kausalitätsbeurteilung vor und unterschieden nicht nach den Ursachen der geschilderten Gesundheitsbeeinträchtigungen, sondern streiften die Kausalitätsproblematik lediglich. Sie diagnostizierten bei der Versicherten eine leichte bis mittelgradige depressive Störung bei somatischem Syndrom, ein Zervikokranialsyndrom mit myofaszialem Schmerzsyndrom am Schultergürtel, beidseits Varusgonarthrosen, beidseits Polyarthrosen der Fingermittelgelenke, ein Rezidiv des linksseitigen Hallux valgus sowie ein anamnestisch intermittierendes Lumbovertebralsyndrom. Die Angaben im MEDAS-Gutachten genügen nicht als Beweisgrundlage, um abschliessend für oder gegen das Weiterbestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zu entscheiden.

2.9 Ebenfalls vor Erlass des Einspracheentscheids vom 9. Juli 2008 hatte die Beschwerdegegnerin vom MEDAS-Gutachten Kenntnis genommen und es Dr. I.\_\_\_\_ zur Stellungnahme vorgelegt, die er am 29. Mai 2008 erstattete (UV-act. M27 [Fragestellung M26]). Es fällt auf, dass der beratende Chirurg die degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule der Beschwerdeführerin als Einziger als "massiv" bezeichnete. Dr. B.\_\_\_\_ hatte demgegenüber in den Berichten vom



17. Oktober 2005 und vom 12. Dezember 2005 eine "leichte Osteochondrose C6/7" beschrieben und darauf hingewiesen, dass diese gegenüber den Bildern nach dem Unfall vom 27. Dezember 2001 unverändert sei (UV-act. M3 und M6). Die MEDAS-Gutachter zählten bei der Diagnose unter anderem "mässige Degeneration C5/C6 und C6/C7 mit bilateraler Einengung der Neuroforamina (degenerativ) ohne posttraumatische Strukturalterationen (MRI 18. Juli 2006)" auf (Gutachten S. 17) und beschrieben aufgrund der bildgebenden Abklärungen "deutliche Osteochondrosen C5/C6 und C6/C7" (Gutachten S. 21). Ausser dem verstärkenden Prädikat "massiv" für die degenerativen Veränderungen verfälschte Dr. I.\_\_\_\_ die Beurteilung der vertebrospinalen Computertomografie C2 bis C7 vom 9. Januar 2002 durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH, (UV-act. M2 zum Unfall vom 27. Dezember 2001) in unzulässiger Weise, indem er dessen Vermutungen auf begleitende diskale Protrusion und Wurzelirritation C7 links als erwiesene Tatsachen hinstellte. Dies obwohl der Radiologe unmissverständlich darauf hingewiesen hatte, dass zur konklusiveren Beurteilung der Diskopathie bzw. allfälliger diskaler Herniationen je nach klinischem Verlauf eine zusätzliche Kernspintomografie in Erwägung zu ziehen sei, was nach den Akten nicht geschehen war.

Dennoch stützte sich der beratende Chirurg auf die Beurteilung durch Dr. K.\_\_\_\_, dramatisierte mit dem verfälschten Zitat die Feststellungen im Rahmen der Behandlung nach dem Unfall vom 27. Dezember 2001 und erweckte den Eindruck, die fraglichen Folgen des Unfalls vom 12. September 2005 seien geringer. Die Stellungnahme von Dr. I.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2008 führte dadurch - neben der zutreffenden Feststellung, das MEDAS-Gutachten unterlasse eine klare Kausalitätsbeurteilung - zu einer einseitigen Darstellung des Gutachtens, die sich vor allem eignete, die früheren Schlüsse aus den (medizinischen) Akten als zutreffend darzustellen.

2.10 Zusammengefasst enthalten die medizinischen Akten, einschliesslich der auf Anfrage der Beschwerdeführerin verfassten Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2007 sowie des MEDAS-Gutachtens, keine genügenden, schlüssigen Grundlagen, wonach der natürliche Kausalzusammenhang der über den Einstellungszeitpunkt bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin zum Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dahingefallen wäre. Da - wie nachstehend festgehalten wird - die medizinischen Unterlagen auch nicht genügen,



um die Adäquanz der Unfallfolgen zu beurteilen, ist die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Akten vervollständige. Dazu sind das erstmalige Auftreten und die Entwicklung der Hüftbeschwerden sowie der Verlauf des Tinnitus zu dokumentieren. Weiter fehlen in den Akten die Abklärungsergebnisse des sozialpsychiatrischen Diensts. Auch der Zeitpunkt ab welchem von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen allenfalls keine namhafte Besserung mehr zu erwarten wäre, ist klar zu eruieren. Letzteres sollte zweckmässigerweise, zusammen mit der Klärung der Unfallkausalität, durch externe Sachverständige geschehen. Wie Dr. I. \_\_\_ im Bericht vom 22. Mai 2008 zu Recht ausführte, müsste den Gutachtern auch die psychosoziale Situation der Beschwerdeführerin genau bekannt sein (UV-act. M25 Ad 6). Dazu gehören neben der Dokumentation über ihre private Situation auch die Aufzeichnungen über ihren Arbeitsplatz sowie die diesbezüglichen Gespräche mit der Arbeitgeberin.

3.

3.1 Der jüngeren Rechtsprechung des Bundesgerichts, die Adäquanz von Unfallfolgen (nach Schleudertraumata) unter Offenlassen der natürlichen Kausalität zu prüfen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_172/2009 vom 31. Juli 2009 E. 4.3, 8C\_154/2009 vom 5. Juni 2009 E. 4 und 8C\_89/2008 vom 3. Oktober 2008 E. 5.3 mit Hinweisen), kann in dieser Streitsache nicht gefolgt werden. Die weiteren (medizinischen) Abklärungen, zu welchen die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin erfolgt, sind teilweise auch Vorbedingung für eine rechts- und rechtsprechungskonforme Adäquanzprüfung:

3.2 Der Zeitpunkt der Adäquanzprüfung kann nicht rechtsprechungskonform überprüft werden, da aufgrund der Akten, die dem Gericht zur Verfügung stehen, nicht klar ist, ab welchem Zeitpunkt von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen allenfalls keine namhafte Besserung mehr zu erwarten wäre (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 113f. und dort angeführte Entscheide). Der Fallabschluss durch den Unfallversicherer bedingt laut Urteil des Bundesgerichts 8C\_467/2008 vom 4. November 2008 (E. 5.2.2.2) allerdings lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. auch Urteil des



Bundesgerichts 8C\_590/2008 vom 3. Dezember 2008 E. 4.2). Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist dabei prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388 E. 3.1 [U 244/04]). Die Gutachter der MEDAS hielten aufgrund der Untersuchungen vom 24. bis 26. September 2007 im schriftlichen Bericht vom 4. Dezember 2007 die Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen, nicht jedoch der rheumaorthopädischen Behandlung für angezeigt (act. G 1.1/5 S. 25). Sie hielten keine Behandlungsoption für geeignet, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin namhaft zu verbessern, äusserten sich jedoch nicht zum Zeitpunkt, ab welchem von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands, soweit er unfallbedingt beeinträchtigt war, mehr erwartet werden könne.

3.3 Fest steht hingegen, dass bei der Beschwerdeführerin kein organisch nachweisbares Substrat als Folge des Unfalls nachgewiesen worden ist. Als solche gelten "reproduzierbare, von der untersuchenden Person und den Angaben der Versicherten unabhängige Abklärungsergebnisse, die mit apparativen/bildgebenden Verfahren erhoben werden können" (vgl. BGE 134 V 109 E. 9 Ingress S. 121 f.; SVR 2007 UV Nr. 25, 81 ff. E. 5.4 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin ist demnach auch der Tinnitus keine organisch nachweisbare Unfallfolge. Aufgrund der Unterlagen steht jedoch nicht fest, dass der Tinnitus weiterhin besteht: Nach der ohrenärztlichen Abklärung durch Dr. D.\_\_\_\_ und seinem Bericht vom 5. April 2006 (UV-act. M8) ist diese Gesundheitsbeeinträchtigung noch im Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 23. April 2007 (UV-act. M19) und im MEDAS-Gutachten vom 4. Dezember 2007 als Angabe der Patientin erwähnt worden (act. G 1.1/5 Ziffern 1.1.4 f. S. 4). In den Angaben der Gutachter zum Status und in den Diagnosen findet sich der Tinnitus hingegen nicht (a.a.O. Ziff. 2.1 S. 13f.). - Bildgebend dokumentiert und unbestritten vorbestehend sowie durch den Unfall vom 12. September 2005 nicht verschlimmert worden, ist die Osteochondrose C6/7.

3.4 Anknüpfungspunkt für die Beurteilung der Adäquanz eines Unfallereignisses ist die Schwere des Unfalls. Sie bestimmt sich nach dem konkreten, augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften. Nach der Rechtsprechung werden Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug regelmässig in



die Kategorie der mittelschweren Ereignisse im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingereicht (vgl. RKUV 2005 U 549 236 ff. E. 5.1.2 sowie Urteile des Bundesgerichts 8C\_262/2008 vom 11. Februar 2009 und 8C\_477/2008 vom 19. Dezember 2008 je mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin stand mit ihrem Fahrzeug am 12. September 2005 still und wartete, bis der Gegenverkehr passiert hatte. Dies bemerkte der nachfolgende Fahrzeuglenker zu spät, konnte nicht mehr rechtzeitig bremsen und fuhr ins Heck der Beschwerdeführerin (UV-act. A1 und A8). Nicht erstellt ist, dass der Unfallverursacher ungebremst auffuhr, wie in der Beschwerde ausgeführt wird. Der Totalschaden am Personenwagen der Beschwerdeführerin kann ein Hinweis darauf sein, wie heftig die Kollision war. Dass ein Totalschaden angenommen worden war, hängt jedoch vom Wert des Fahrzeugs ohne unfallbedingte Beschädigungen und dessen Verhältnis zu den mutmasslichen Reparaturkosten ab. Erwiesen ist jedenfalls, dass der Personenwagen der Beschwerdeführerin nach dem Unfall noch fahrtauglich war, hatte ihn doch ihr Sohn noch nach Hause gefahren (UV-act. A8). Da beide Fahrzeuge erheblich beschädigt wurden (Fragebogen zum Unfallmechanismus, Beilage zu UV-act. A8), kann von einer etwas heftigeren Kollision ausgegangen werden. Eine Unfallanalyse wäre der Einordnung des Unfalls vom 12. September 2005 betreffend Schwere zwar dienlich, ist aber nicht nötig. Denn aufgrund der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu ähnlichen Fällen kann der Unfall höchstens als mittelschwer "im engeren Sinn" eingestuft werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_374/2009 vom 19. August 2009 E. 4.1, 8C\_80/2009 vom 5. Juni 2009 E. 6.1, 8C\_949/2008 vom 4. Mai 2009 E. 4.1 sowie 8C\_860/2008 vom 19. Dezember 2008 E. 3.2 je mit Hinweisen). Die Adäquanz eines Kausalzusammenhangs wäre somit nur dann zu bejahen, wenn eines der relevanten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter oder mehrere dieser Kriterien in gehäufte Weise erfüllt wären (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f. mit Hinweisen bzw. BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140).

3.5 Unter Berücksichtigung der vorstehend geschilderten Eckpunkte ist die Adäquanzprüfung nach Vorliegen der zusätzlichen Abklärungsergebnisse erneut vorzunehmen. Dabei ist wahrscheinlich nach der sogenannten Schleudertrauma-Praxis gemäss BGE 134 V 109 und nicht nach der Praxis bei psychischer Fehlentwicklung mit Krankheitswert gemäss BGE 115 V 133 vorzugehen. Damit die Adäquanz nach der letztgenannten Praxis zu prüfen ist, muss die psychische Problematik schon kurz nach dem Unfall als eigenständiges psychisches Leiden aufgetreten sein und die übrigen



Gesundheitsstörungen im gesamten Verlauf bis zum massgebenden Zeitpunkt des Fallabschlusses bzw. des Erlasses des Einspracheentscheids eindeutig dominiert haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_249/2009 vom 3. August 2009 E. 6.3 mit Hinweisen). Dies lässt sich aufgrund der bisher verfügbaren Unterlagen und bei einer Prüfung der Adäquanz spätestens per Ende 2007 nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit sagen, was auch Dr. H.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2007 bestätigt hatte (UV-act. M23, kritisch gewürdigt in Erwägung 2.5).

4.

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 9. Juli 2008 gutzuheissen und die Angelegenheit zur Vornahme der nötigen Abklärungen und allfälliger neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb). Die Parteientschädigung ist angesichts der Komplexität der Streitsache auf Fr. 4'500.--, einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer, festzulegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 9. Juli 2008 aufgehoben und die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen und zu allfälliger neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.



3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit pauschal Fr. 4'500.-- zu entschädigen.