



Fall-Nr.: UV 2014/87
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 26.08.2016
Entscheiddatum: 26.08.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 26.08.2016

Art. 6 UVG: Verneinung somatischer Unfallrestfolgen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung. Art. 6 UVG: Verneinung unfallkausaler gesundheitlicher Störungen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung im Zusammenhang mit einem Schleudertrauma bzw. einer schleudertraumaähnlichen Verletzung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. August 2016, UV 2014/87). Entscheid vom 26. August 2016

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2014/87

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, 8280 Kreuzlingen,

gegen

AXA Versicherungen AG, General Guisan Strasse 41, Postfach 357, 8401 Winterthur,



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als Pflegefachfrau HF mit einem 90%-Pensum bei der Arbeitgeberin B.____ tätig und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) unfallversichert, als sie am 8. November 2012 einen Autounfall erlitt (act. G 5.1/A1). Gemäss Polizeiprotokoll der Kantonspolizei St. Gallen vom 21. Dezember 2012 fuhr die Versicherte mit ihrem Personenwagen zwischen zwei anderen Personenwagen auf der Überholspur der Autobahn A1 von C.____ Richtung D.____, als der Fahrer des vorderen Personenwagens aufgrund des stockenden Verkehrs plötzlich stark abbremsen musste. Die Versicherte leitete ebenfalls ein Bremsmanöver ein, was der nachfolgende Fahrer jedoch nicht bemerkte und mit seinem Personenwagen auf das Heck des Personenwagens der Versicherten prallte. Deren Personenwagen wurde dadurch wiederum nach vorne katapultiert, schoss linksseitig am vorderen Personenwagen vorbei, kollidierte mit diesem, schrammte gleichzeitig an der Mittelleitplanke vorbei, schleuderte nach rechts auf die Normalspur und kam dort schliesslich zum Stillstand. Die Versicherte wurde durch die Feuerwehr aus ihrem stark deformierten Personenwagen geborgen und notfallmässig ins Kantonsspital St. Gallen (KSSG) überführt (act. G 1.5). Auf der Zentralen Notfallabteilung (ZNA) des KSSG klagte die Versicherte über Kopfschmerzen und Schmerzen im Becken und zeigte sich mit einem Glasgow Coma Score (GCS) von 14 und einer Amnesie für das Unfallereignis. Es erfolgte die stationäre Aufnahme in die Klinik für Neurochirurgie des KSSG wegen einem leichten Schädelhirntrauma (act. G 5.2/M4, act. G 5.2/M8, act. G 5.2/M10). Die Versicherte wurde konsiliarisch auch durch die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG mitbeurteilt (act. G 5.2/M8), welche am 8. November 2011 den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma ausfüllten (act. G 5.2/M9). Am 9.



St.Galler Gerichte

November 2012 berichteten die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG auch über die Behandlung der Versicherten auf der ZNA des KSSG. Basierend auf einer im Röntgeninstitut des KSSG am Unfalltag durchgeführten Röntgenuntersuchung des Beckens und des rechten Hüftgelenks sowie einer CT-Untersuchung des Neurocraniums und der HWS wurde die Diagnose eines Hochgeschwindigkeitstraumas vom 8. November 2012 mit HWS-Distorsion mit Verdacht auf ligamentäre Verletzung, leichtem Schädelhirntrauma sowie Beckenkontusion rechts festgehalten (act. G 5.2/M10). Am 9. November 2012 wurde bei der Versicherten im Institut für Radiologie des KSSG zusätzlich eine Röntgenuntersuchung der HWS (act. G 5.2/M7) sowie eine MRI-Untersuchung des Neurocraniums (act. G 5.2/M6) vorgenommen. Nachdem sich die Versicherte auf der Neurochirurgie des KSSG kardiopulmonal und neurologisch stets stabil gezeigt hatte, wurde sie mit der Diagnose eines leichten Schädelhirntraumas im Rahmen eines PKW-Unfalls mit/bei HWS-Distorsion am 11. November 2012 in die Betreuung ihres Hausarztes Dr. med. E.____, Allgemein Medizin FMH, entlassen (act. G 5.2/M4).

A.b Nach Eingang der durch den Arbeitgeber der Versicherten am 22. November 2012 eingereichten Unfallmeldung UVG (act. G 5.1/A1) führte die AXA mit der Versicherten am 18. Januar 2013 eine Besprechung durch (act. G 5.1/A5). Am 26. Februar 2013 reichte Dr. E.____ einen ärztlichen Zwischenbericht ein. Daraus ging hervor, dass die Versicherte ihre Arbeit am 11. Februar 2013 wieder zu 25% mit reduzierter Leistung aufgenommen hatte, rund 2 bis 3 Mal wöchentlich hausärztliche Konsultationen stattfanden und eine Behandlung mit Analgetika erfolgte. Dr. E.____ hatte der Versicherten ausserdem am 15. November 2012 und 21. Februar 2013 Physiotherapie-Verordnungen für das Therapiezentrum F.____ ausgestellt (act. G 5.2/M12 f., act. G 5.2/M15 ff.). Ab 27. Februar 2013 befand sich die Versicherte bei Dr. med. G.____, Spezialärztin Neurologie FMH, Neurologisches Zentrum H.____, in neurologischer Behandlung. Dr. G.____ berichtete Dr. E.____ jeweils schriftlich über die einzelnen Konsultationen (act. G 5.2/M14, act. G 5.2/M18 f.). Mit E-Mail vom 21. März 2013 teilte der damalige Rechtsvertreter der Versicherten der AXA mit, dass sich die Versicherte für eine psychiatrische Sprechstunde bei Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, angemeldet habe (act. G 5.1/A14), worauf die AXA besagten Arzt am 22. April 2013 ersuchte, einen Verlaufsbericht einzureichen bzw. verschiedene Fragen zu beantworten (act. G 5.1/A18). Am 24. April 2013 führte



St.Galler Gerichte

Dr. G.____ bei der Versicherten eine elektrophysiologische Untersuchung durch, deren Ergebnisse sie in einem Bericht vom 6. Mai 2013 an Dr. E.____ festhielt (act. G 5.2/M22), und wies sie der Klinik J.____ für eine MRI-Untersuchung der HWS zu, die am 26. April 2013 durchgeführt wurde (act. G 5.2/M30). Am 25. Juni 2013 teilte der Rechtsvertreter der Versicherten der AXA telefonisch mit, dass sie im August 2013 mit einer Zusatzausbildung zum Bachelor „Pflege“ beginne. Derzeit sei eine Diskussion mit dem Arbeitgeber betreffend Pensumreduktion im Gange. Die Versicherte selber wolle 50% weiterarbeiten, während der Arbeitgeber die Gefahr einer Überforderung sehe und nur 30% anbiete (act. G 5.1/A21). Am 26. Juni 2013 reichte Dr. E.____ der AXA erneut einen Zwischenbericht ein. Die Versicherte habe weiterhin lokale paravertebrale Schmerzen im Bereich der HWS linksbetont und leide unter einer leichten Angstsymptomatik. Insgesamt sei jedoch eine Besserung der Beschwerden zu beobachten. Die Versicherte sei vom 8. November 2012 bis 10. Februar 2013 zu 100%, vom 11. Februar bis 25. März 2013 zu 75% und vom 26. März bis 6. Mai 2013 zu 50% arbeitsunfähig gewesen. Seit 7. Mai 2013 sei sie wieder zu 100% arbeitsfähig. Die unfallbedingte Behandlung dauere bis auf weiteres fort und es sei noch nicht absehbar, ob ein bleibender Nachteil zu erwarten sei (act. G 5.2/M20). Am 3. Juli 2013 legte Dr. I.____ seinen Bericht vor (act. G 5.2/M21). Am 11. September 2013 verordnete Dr. E.____ der Versicherten eine physiotherapeutische Langzeitbehandlung bei Status nach HWS-Distorsion und Status nach leichtem Schädelhirntrauma nach PKW-Unfall am 8. November 2012 im Therapiecenter F.____ (act. G 5.2/M23). Am 29. Oktober 2013 wiederholte er die Physiotherapie-Verordnung für eine Langzeitbehandlung (act. G 5.2/M24). Auf Ersuchen der AXA reichte Dr. E.____ am 20. November 2013 und 7. Februar 2014 weitere Verlaufsberichte über den Gesundheitszustand bzw. Heilverlauf der Versicherten ein (act. G 5.2/M27 f.). Am 24. Februar 2014 stellte Dr. E.____ erneut eine Verordnung für eine physiotherapeutische Behandlung - Muskelaufbau bzw. Verbesserung der Muskelfunktion - aus (act. G 5.2/M31).

A.c. Unterdessen hatte die AXA durch ihren Unfallanalytiker, Ing. HTL, J.____, am 7. Februar 2014 ein unfallanalytisches Kurzgutachten erstellen lassen (act. G 5.1/A32).

A.d. Am 4. März 2014 beauftragte die AXA Dr. med. L.____, Facharzt Neurologie FMH, mit einer medizinischen Beurteilung des Schadenfalls anhand der vorliegenden Akten. Gestützt auf dessen Bericht vom 8. März 2014 (act. G 5.1/M32) eröffnete die AXA der



St.Galler Gerichte

Versicherten mit Verfügung vom 21. Mai 2014, dass sie ihre Versicherungsleistungen per 31. Mai 2014 einstellen werde, da die aktuellen Beschwerden bzw. die im Vordergrund stehenden Nackenschmerzen der Versicherten nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. November 2012 stehen würden, sondern auf degenerative Veränderungen der HWS zurückzuführen seien (act. G 5.1/A37).

B.

B.a Die Versicherte erhob am 12. Juni 2014 durch ihren Rechtsvertreter, Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Kreuzlingen, Einsprache mit den folgenden Anträgen: Es sei die Verfügung vom 21. Mai 2014 aufzuheben und es seien weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen. Es seien die in der Einsprache angeführten Abklärungen zu tätigen und der Versicherten bzw. ihrem Rechtsvertreter alsdann die Verfahrensakten zur Einsichtnahme zukommen zu lassen und allenfalls die Gelegenheit zu geben, die Einsprachebegründung zu ergänzen. Das Einspracheverfahren sei einstweilen zu sistieren (act. G 5.1/A39).

B.b Nachdem die AXA Rechtsanwalt Studer mit Schreiben vom 19. Juni 2014 mitgeteilt hatte, dass ihres Erachtens kein Grund für eine Sistierung des Verfahrens bestehe, es ihm jedoch bis zum Erlass des Einspracheentscheids frei stehe, sich ergänzend zum Streitgegenstand vernehmen zu lassen (act. G 5.1/A42), hielt Rechtsanwalt Studer mit Schreiben vom 15. August 2014 gegenüber der AXA fest, dass die Wiederaufnahme der 80%-igen Berufstätigkeit durch die Versicherte ihre Beschwerden wieder verstärkt habe. Es sei unklar, ob sie auf längere Zeit ihr Berufspensum einhalten könne. Zumindest benötige sie nach wie vor Therapien (Physiotherapie und Lymphdrainage). Ein Endzustand sei zweifellos noch nicht erreicht und die in der Einsprache vom 12. Juni 2014 beantragten Abklärungen seien zu gegebener Zeit zwingend notwendig (act. G 5.1/A44).

B.c Mit Einspracheentscheid vom 8. Oktober 2014 wies die AXA die Einsprache vom 12. Juni 2014 ab (act. G 5.1/A45).

C.



C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) durch ihren Rechtsvertreter am 7. November 2014 Beschwerde mit den Anträgen, der Einspracheentscheid vom 8. Oktober 2014 sowie die Verfügung vom 21. Mai 2014 seien aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu erbringen. Eventuell sei hinsichtlich der Unfallkausalität der Gesundheitsbeschwerden der Beschwerdeführerin ein medizinisches Gerichtsgutachten anzuordnen. Subeventuell sei die Sache an die Vorinstanz zwecks Veranlassung einer neutralen medizinischen Expertise zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 27. Januar 2015 beantragte die AXA (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), die Beschwerde sei abzuweisen (act. G 5).

C.c Mit Replik vom 2. März 2015 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vollumfänglich an seinen Anträgen fest (act. G 7).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 11. März 2015 auf eine Duplik (act. G 9).

C.e Auf die Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften bzw. medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 8. November 2012 ausgerichtet wurden, auf den 31. Mai 2014 eingestellt werden durften.

1.2 Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin als Unfallversicherer setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität oder Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109, 117 V 359 und 115 V 133; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45; ALEXANDRA RUMO-



JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Wenn der Unfallversicherer den natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und einer entsprechenden Gesundheitsschädigung einmal anerkannt hat und entsprechende Leistungen erbringt, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Der Unfallversicherer hat jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen, sondern nur darzutun, dass die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 27. Februar 2004, U 29/03, E. 3.1).

1.3 Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb, 117 V 364 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung und kein Schädelhirntrauma erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung oder eines



Schädelhirntraumas, muss geprüft werden, ob zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörende 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. Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS und Schädelhirntraumen 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. 327 E. 3b).

1.4 Im Sozialversicherungsrecht herrscht der Grundsatz der Untersuchungspflicht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Wie überall im Sozialversicherungsrecht gilt auch im Rahmen der Untersuchung der Unfallkausalität der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 E. 9.5). Die blosse Möglichkeit einer Unfallkausalität genügt nicht. Die Sozialversicherungsorgane und das Gericht haben vielmehr jenem Sachverhalt zu folgen, den sie von allen möglichen Sachverhalten als Wahrscheinlichsten würdigen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, S. 549, §70 Rz 58). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt hier - anders als bei der Frage, ob im Grundfall oder auch bei Rückfällen und Spätfolgen ein (erneuter) leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht



bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Selbstverständlich greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6, 117 V 264 E. 3b, je mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55.).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist 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 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten versicherungsinterner bzw. beratender Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b).

2.

Laut Bericht von Dr. E.____ vom 7. Februar 2014 leidet die Beschwerdeführerin dauernd unter leichten Nacken- und Schulterschmerzen, verstärkt bei Kälte und bei Belastung oder nach langem Sitzen, sowie unter einem gelegentlichen Kribbeln in den Armen bei Belastung, bei der Arbeit oder bei Haushaltsarbeiten wie beispielsweise Staubsaugen verbunden mit Schmerzen. Kopfschmerzen wurden - wie bereits im Bericht von Dr.



E.____ vom 20. November 2013 (act. G 5.2/M27) - verneint (act. G 5.2/M28). Während die Beschwerdegegnerin die Kausalität der angegebenen Beschwerden zum Unfallereignis vom 8. November 2012 per 31. Mai 2014 (Datum der Leistungseinstellung) verneint und sich dabei hinsichtlich der natürlichen Kausalität auf die Beurteilung von Dr. L.____ vom 8. März 2014 (act. G 5.2/M32) stützt, stellt sich der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, die fraglichen Beschwerden seien unfallbedingt und auf die Beurteilung von Dr. L.____ könne wegen wesentlicher Mängel nicht abgestellt werden.

3.

3.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt.

3.1.1 Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Eine manuelle ärztliche Untersuchung fördert klinische, nicht aber objektivierbare organisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Untersuchungsmethoden bestätigt werden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Thoracic-outlet-Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde sind beispielsweise für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des



Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 6 mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3).

3.1.2 Beim Unfall vom 8. November 2012 prallte ein Lenker mit seinem Personenwagen auf das Heck des Personenwagens der Beschwerdeführerin, worauf dieser nach vorne katapultiert wurde und mit dem vor ihr fahrenden Personenwagen kollidierte (vgl. dazu act. G 1.5). Echtzeitlich, auf der ZNA des KSSG, klagte die Beschwerdeführerin über Kopfschmerzen und Schmerzen im Becken, zeigte sich mit einem GCS-Wert von 14 und bestand für das Unfallereignis eine Amnesie (vgl. act. G 5.2/M10). Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vermerkten die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG am 8. November 2012 sofortige Kopfschmerzen und intermittierend Übelkeit (act. G 5.2/M9). Dem vorgenannten Unfallmechanismus sowie den echtzeitlich geklagten Beschwerden entsprechend wurden bei der Beschwerdeführerin am 8. und 9. November 2012 eine Röntgenuntersuchung des Beckens und rechten Hüftgelenks, eine Röntgenuntersuchung der HWS, eine MRI-Untersuchung des Neurocraniums sowie eine CT-Untersuchung des Neurocraniums und der HWS durchgeführt (act. G 5.2/M5 ff., act. G 5.2/M10).

3.1.3 Die Röntgenuntersuchung des Beckens zeigte keine frische ossäre Läsion, worauf die behandelnden Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG lediglich eine Beckenkontusion rechts diagnostizierten (act. G 5.2/M10), die offensichtlich entsprechend der medizinischen Erfahrung ohne spezifische Therapie folgenlos ausgeheilt ist (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 412). Die weiteren medizinischen Akten enthalten keinen Hinweis auf eine fortdauernde Beckenproblematik und auch von Seiten des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin wird keine solche geltend gemacht.

3.1.4 Das Röntgenbild der HWS wies eine Streckhaltung auf, das Alignment der Wirbelkörperkanten zeigte sich regelrecht und es konnte weder eine prävertebrale Weichteilschwellung noch eine Instabilität in den Funktionsaufnahmen nachgewiesen werden (act. G 5.2/M7). Auch das CT der HWS und ebenso dasjenige des



Neurocraniums sowie das MRI des Neurocraniums waren normal altersentsprechend (act. G 5.2/M5 f.). Echtzeitlich war die Beschwerdeführerin in der Neurochirurgie des KSSG auch neurologisch untersucht worden. Es konnten keine fokalen neurologischen Defizite festgestellt werden (act. G 5.2/M4).

3.1.5 Wegen des anhaltenden paravertebralen, cervicalen Schmerzsyndroms folgte am 27. Februar 2013 eine erste klinisch-neurologische Untersuchung durch Dr. G.____. Diese zeigte sich ohne Auffälligkeiten, d.h. es fanden sich keine Hinweise für eine cervicale radikuläre Beschwerdesymptomatik. Dr. G.____ ersah solche auch nicht aus der Anamnese. Die in der muskuloskelettalen Untersuchung erhobenen Befunde - endständige Dehnungsschmerzen bei Rotationsprüfung der HWS sowie bei Inklination, leichtgradige Hypästhesie/Dysästhesie paravertebral beidseits, Triggerpunkt am linken medialen Schulterblattrand, insgesamt leichtgradige muskuläre Verspannung - sprachen für Dr. G.____ für eine muskuläre Genese (act. G 5.2/M14). Auch in den Berichten über die weiteren Konsultationen vom 3. April und 14. Mai 2013 wurde keine neurologische Läsion im Bereich der HWS diskutiert (act. G 5.2/M18 f.).

3.1.6 Infolge einer akuten Schmerzexazerbation seit dem 21. April 2013 im Sinne eines cervico-cephalen wie cervico-brachialen Schmerzsyndroms mit massiver muskulärer Verspannung und mit Auftreten von Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Arms, insbesondere der Schulterkuppe und des volaren ulnaren Unterarms mit Ausstrahlung in Dig. IV und V, stellte sich die Frage nach dem Vorliegen einer peripheren Nervenpathologie. Dr. G.____ führte dazu am 24. April 2013 eine elektrophysiologische Untersuchung durch. Es fand sich kein Hinweis auf eine periphere Nervenpathologie im Bereich der Armnerven links respektive beidseits, insbesondere keiner auf eine Nervus ulnaris-Affektion links. Auch im paravertebralen EMG liessen sich bis auf sehr diskret ausgeprägte Zeichen einer akuten Denervation Höhe C7 nur unauffällige Befunde erheben (act. G 5.2/M22). Ergänzend wurde am 26. April 2013 in der Klinik J.____ eine MRT-Untersuchung der HWS durchgeführt. Abgesehen von einer deutlichen, links-skoliotischen Fehlhaltung der HWS zeigten sich die Bilder normal, ohne Nachweis einer posttraumatischen, ossären oder ligamentären Läsion. Auch eine Diskusprotrusion konnte nicht festgestellt werden, höchstens beginnende Diskopathien HWK 3/4 bis HWK 5/6 ohne Herniationen. Die paravertebrale Halsmuskulatur besass eine normale Struktur, keine Atrophie-Zeichen und keine



ödematösen Veränderungen (act. G 5.2/M30). In Zusammenschau der Befunde ging Dr. G.____ „nun sicher“ von einer vorrangig myogenen Schmerzkomponente aus mit allenfalls pseudoradikulärer Mitbeteiligung (act. G 5.2/M22).

3.1.7 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die umfassend durchgeführten radiologischen bzw. apparativen Abklärungen, aber auch die klinisch- und apparativ-neurologischen Untersuchungen keine durch den Unfall vom 8. November 2012 bedingten organisch-strukturellen Befunde zeigten. Die erstbehandelnden Ärzte des KSSG,

Dr. G.____ und Dr. E.____, hielten in ihren Berichten auch nie eine entsprechende Diagnose fest (vgl. dazu auch nachfolgende Erwägung 3.2.2 und 3.3). Dass der alleinige Befund einer myogenen Schmerzkomponente bei Streckhaltung der HWS, aber auch die erhobenen Bewegungsschmerzen und die Druckdolenzen, nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten sind, wurde bereits in Erwägung 3.1.1 dargelegt. Eine traumatische Ursache steht wegen einer im vorliegenden Fall fehlenden unfallkausalen Körperverletzung, wie beispielsweise einer Fraktur, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht im Vordergrund.

3.2

3.2.1 Dr. L.____ merkt in seiner Beurteilung vom 8. März 2014 (act. G 5.2/M32) in Bezug auf das MRT-Untersuchungsergebnis vom 26. April 2013 (vgl. act. G 5.2/M30) an, dass die Veränderungen auf Höhe C3/4 bis C5/6 deutlich über das zu erwartende Altersausmass hinausgingen, und geht von einem Vorzustand aus. Ob "höchstens beginnende Discopathien" deutlich über das zu erwartende Altersausmass hinausgehende Veränderungen darstellen, was die Beschwerdeführerin bestreitet, kann offen bleiben. Die Frage einer richtunggebenden Verschlimmerung kann jedenfalls mit Dr. L.____ verneint werden. Der von ihm angeführte Umstand, die Beschwerdeführerin weise in verschiedenen Segmenten der HWS Discopathien auf, was das Bild einer degenerativen und nicht traumatisch bedingten Situation stütze, weil ein Trauma ein Segment isoliert treffen würde, erscheint nachvollziehbar. Eine richtunggebende Verschlimmerung könnte zudem gemäss medizinischer Erfahrung nur dann als



erwiesen gelten, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel und das Auftreten bzw. die Vergrösserung von Randzacken nach einem Trauma aufzeigt (ERWIN MORSCHER, in: ERNST BAUR/HENRY NIGST [Hrsg.], *Versicherungsmedizin*, 2. Aufl. Bern 1985, S. 191). Der MRT-Bericht enthält, wie bereits erwähnt, keine Hinweise darauf, dass sich im Zeitpunkt des Unfalls vom 8. November 2012 ein degenerativer Zustand der HWS massiv verändert hätte. Vorliegend kommt hinzu, dass es sich höchstens um leichte Degenerationen handelt, womit kaum Raum für eine richtunggebende Verschlimmerung gegeben ist. Auch in den weiteren medizinischen Akten wird das Vorliegen einer richtunggebenden Verschlimmerung einer degenerativen Erkrankung nirgends diskutiert. Der Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, die vorliegende Kollisionswucht bzw. der Kollisionsverlauf spreche sehr für eine richtungweisende Verschlimmerung eines Vorzustandes, vermag an obiger Beurteilung nichts zu ändern. Der Umstand allein, dass ein Unfallereignis potentiell geeignet ist, körperlich gravierende Verletzungen oder gar den Tod einer Person herbeizuführen, kann nicht entscheidend sein. Nicht jeder vorgekommene Unfallmechanismus hat automatisch eine Verletzung zur Folge, kann doch eine betroffene Person auch Glück im Unglück gehabt haben. Zu beurteilen gilt es den konkreten Fall. In demjenigen der Beschwerdeführerin bestehen, wie dargelegt, keine Hinweise auf eine richtungweisende Verschlimmerung. Auch das Vorbringen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, diese habe vor dem Unfall im anstrengenden Beruf als Pflegefachfrau beschwerdefrei tätig sein können, vermag nicht für eine richtungweisende Schädigung der HWS zu sprechen. Der zeitliche Aspekt besitzt keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 3. Aufl. Zürich 2015, N 69 zu Art. 4; ALFRED MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205 [Beweisführung nach der Formel „post hoc ergo propter hoc“]; SVR 2009 UV Nr. 13 S. 52 [8C_590/2007, E. 7.2.4] mit weiteren Hinweisen).

3.2.2 Eine auf die Wirbelsäule wirkende Kraft kann zwar ohne weiteres eine bisher stumme, vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch machen. Dabei handelt es sich aber meistens nur um eine, wie von Dr. L. ___ als wahrscheinlich



erachtete, vorübergehende Verschlimmerung (HANS ULRICH DEBRUNNER/ERICH W. RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 5). Bezüglich der im konkreten Fall vorliegenden Diagnosen eines leichten Schädelhirntraumas und einer HWS-Distorsion (vgl. act. G 5.2/M4, M10, M14 und M28) wird von Seiten der medizinischen Forschung (GERHARD JENZER, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, SZS 40/1996, S. 462 ff. und insbesondere S. 467) festgehalten, dass der typische posttraumatische Verlauf nach einer Commotio cerebri bzw. einem leichten Schädelhirntrauma einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspreche. Ungewöhnlich lang dauernde und schwere Verläufe nach Beschleunigungsverletzung würden bei Fehlen der klinischen Kriterien einer traumatischen Hirn- bzw. HWS-Schädigung nach einer Interpretation ausserhalb einer hirnorganischen Schädigung bzw. Schädigung im HWS-Bereich rufen (JENZER, a.a.O., S. 469 mit Hinweis und S. 463; vgl. auch BOGDAN P. RADANOV, Über den Stellenwert der neuro-psychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, in: SZS 40/1996 S. 471 ff. und S. 475). Angesichts der dargelegten medizinischen Erfahrungstatsache kann im konkreten Fall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per 31. Mai 2014 (Datum der Leistungseinstellung; act. G 5.1/A37) von einem Erreichen des Status quo sine vel ante ausgegangen werden.

3.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der vorangehenden Erwägungen die von der Beschwerdeführerin angegebenen Nackenbeschwerden jedenfalls für die Zeit ab 1. Juni 2014 - insbesondere wegen Fehlens einer objektivierbaren organischen Hirnschädigung oder HWS-Schädigung - nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als unfallkausale Langzeitfolgen betrachten werden können. Diese auch von Dr. L.____ in seiner Beurteilung vom 8. März 2014 (act. G 5.2/M32) gezogene Schlussfolgerung ist dementsprechend nachvollziehbar und überzeugend. Der Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, Dr. L.____ habe sich nicht im Geringsten mit den Beurteilungen der anderen Ärzte auseinander gesetzt und seiner Beurteilung mangle es an einer nachvollziehbaren Begründung, kann nicht gefolgt werden. Seine Beurteilung erging offenkundig in Kenntnis der medizinischen Vorakten, welche von ihm chronologisch und hinsichtlich ihrer massgebenden Inhalte lückenlos aufgelistet worden sind (Ziff. 1 „Akten“). Insofern darf davon ausgegangen werden, dass er diese berücksichtigt bzw.



in seine Beurteilung miteinbezogen hat. Wie dargelegt, sind keine Gründe ersichtlich, weshalb mit Blick auf die vorliegende Aktenlage von der Beurteilung von Dr. L. ___ abgewichen werden sollte und es ist mit ihm festzustellen, dass sich anhand der radiologischen bzw. apparativen, aber auch mit den klinischen Untersuchungen, keine über das Datum der Leistungseinstellung (31. Mai 2014) hinausgehenden somatischen Unfallrestfolgen objektivieren liessen. Dass es sich bei der Beurteilung von Dr. L. ___ lediglich um ein Aktenbericht handelt, schadet nicht, da auch reinen Aktenberichten voller Beweiswert zukommen kann, sofern - wie im konkreten Fall - ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. März 2012, 8C_119/2012, E. 4 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2011, 8C_641/2011, E. 3.2.2).

4.

4.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleudertraumen sowie äquivalenten Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädelhirntraumen (vgl. Urteil des EVG vom 17. August 2004, U 243/03; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316 E. 3; BGE 117 V 369) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art, unter anderem - wie von der Beschwerdeführerin beklagt - Nacken- und Schulterschmerzen sowie Parästhesien, aber auch zahlreiche weitere Beschwerden auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung 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). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung 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 V 369 E. 3e). Nach der Rechtsprechung des



Bundesgerichts (Urteile vom 29. Mai 2012, 8C_849/2011, E. 5.2, 30. Januar 2007, U 215/05, und 15. März 2007, U 258/06) 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 und bei einem Schädelhirntrauma zusätzlich Kopfschmerzen manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

4.2

4.2.1 Distorsionen der HWS sind Folgen von Beschleunigungskräften, die im Sinn einer Überdehnung und Überbiegung auf die HWS einwirken und mit einem Kopfanprall verbunden sein können. Ein eigentliches Schleudertrauma liegt nur dann vor, wenn bei der Auffahrkollision durch die plötzliche Beschleunigung des getroffenen Fahrzeugs der Kopf des Insassen - ohne anzuprallen - zuerst nach hinten zu knicken scheint und anschliessend nach vorne beschleunigt wird. Führt der Beschleunigungsmechanismus zu einem Kopfanprall, sollte nicht von einem Schleudertrauma, sondern von einer HWS-Distorsion gesprochen werden (vgl. diesbezüglich THOMAS LOCHER, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in: MURER/NIEDERER/RADANOV/RUMO-JUNGO/STURZENEGGER/WALZ [Hrsg.], Das so genannte „Schleudertrauma“ – medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, S. 31 f.).

4.2.2 Gemäss dem im Polizeiprotokoll der Kantonspolizei St. Gallen vom 21. Dezember 2012 (act. G 1.5) rapportierten „Unfallhergang“ war die Beschwerdeführerin mit ihrem Fahrzeug beim Verkehrsunfall vom 8. November 2012, entgegen dem Hinweis von Dr. L. ___ in seiner Beurteilung vom 8. März 2014 (act. G 5.2/M32), durchaus in eine Heckkollision und zusätzlich in eine seitliche Frontalkollision verwickelt (vgl. Sachverhalt Bst. A.a). Die Ärzte des KSSG stellten sodann in ihren Berichten neben der Diagnose einer HWS-Distorsion diejenige eines leichten



Schädelhirntraumas (act. G 5.2/M4, act. G 5.2/M10), womit auch ein Kopfanprall in Betracht fällt. Angesichts des vorliegenden Unfalls und den von den Ärzten des KSSG echtzeitlich gestellten Diagnosen ist, auch wenn die Ärzte dies nicht wortwörtlich so festgehalten haben, jedenfalls davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 8. November 2012 ein Schleudertrauma und/oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung erlitten hat.

4.3

4.3.1 Laut echtzeitlichen Berichten des KSSG, insbesondere gemäss des von den Ärzten der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am 8. November 2012 ausgefüllten Dokumentationsbogens für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (act. G 5.2/M4 und M9 f.), litt die Beschwerdeführerin innerhalb der erforderlichen Latenzzeit (vgl. Erwägung 4.1) unter Kopf- und Nackenschmerzen sowie intermittierend unter Übelkeit. Im Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 9. November 2012 ist ausserdem von Schwindelbeschwerden die Rede (act. G 5.2/M10). In den nachfolgenden ärztlichen und physiotherapeutischen Berichten sind teilweise nur noch Nackenschmerzen bzw. ein cervicales Schmerzsyndrom (vgl. act. G 5.2/M14, M18 f. und M20) vermerkt, dann aber auch wieder Kopfschmerzen und zusätzlich Rückenschmerzen sowie Müdigkeit (vgl. act. G 5.2/M11, M13, M15, M21 und M26). Nach Auftreten akuter Schmerzexazerbationen im Bereich der HWS am 21. April 2013 traten sodann auch Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Arms mit Ausstrahlung in die Schulter, den Unterarm und in die Finger auf, weshalb Dr. G. ___ am 24. April 2013 eine elektro-physiologische Untersuchung durchgeführt hatte (act. G 5.2/M22). Die Parästhesien im kleinen Finger des linken Arms gelegentlich bei starken Schmerzen dauerten laut Angaben von Dr. E. ___ im Bericht vom 20. November 2013 fort. Die Nackenschmerzen haben in der letzten Zeit wieder zugenommen (act. G 5.2/M27).

4.3.2 Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist darin zuzustimmen, dass Nackenbeschwerden insofern nicht als unspezifisch bezeichnet werden können, als sie ein typisches Symptom nach einem Schädelhirntrauma und einer HWS-Distorsion sind (vgl. dazu Liste HANS SCHMIDT UND JÜRGEN SENN [Hrsg.], Schleudertrauma -



neuester Stand: Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management, Zürich 2004, S. 14 f.). Wenn Dr. L.____ „die Beschwerden“ der Beschwerdeführerin als „vollkommen unspezifisch“ bezeichnet, ist nicht augenfällig, was genau er damit meint (vgl. act. G 5.2/M32). Möglicherweise wollte er damit ausdrücken, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht immer gleich dargestellt hätten. Nichts entgegen zu halten ist jedenfalls seiner Aussage, dass gemäss medizinischen Akten die Nackenschmerzen im Vordergrund stehen würden (vgl. dazu Erwägung 4.3.1). Seine zusätzliche Erklärung, diese könnten „zwanglos“ auf degenerative Veränderungen zurückgeführt werden, ist lediglich als grundsätzlich mit der medizinischen Literatur übereinstimmende Möglichkeit zu verstehen. Ob dies im konkreten Fall tatsächlich so ist, ist damit nicht beantwortet. Überwiegend wahrscheinlich ist für Dr. L.____ offensichtlich nur, dass die Nackenschmerzen über das Datum der Leistungseinstellung hinaus nicht auf das Unfallereignis vom 8. November 2012 zurückgeführt werden können.

4.3.3 Das in den medizinischen Akten dokumentierte Beschwerdebild zeigte sich hinsichtlich seiner Vielfalt bereits echtzeitlich eher bescheiden und reduzierte sich im Verlauf auf Nackenschmerzen. Ein schleudertraumatypisches, gehäuftes Beschwerdebild ist nicht mehr dokumentiert (vgl. G 5.2/M28). Gerade Nackenschmerzen können jedoch unfallunabhängig als Leit- und Begleitsymptome verschiedenster Krankheiten vorkommen (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O, S. 800; ROCHE LEXIKON MEDIZIN, a.a.O., S. 1040; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1438 „Nackensteifigkeit“). Die Müdigkeit, die Parästhesien sowie die oberen Rückenschmerzen sind erst nach einer längeren Latenzzeit und nur punktuell vermerkt. Sie können damit nicht überwiegend wahrscheinlich dem Unfall vom 8. November 2012 zugeordnet werden. Selbst wenn also für die Zeit direkt nach dem Unfall von einer schleudertraumatypischen Verletzung ausgegangen werden muss, ist festzuhalten, dass angesichts des Gesagten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine solche Verletzung mit Langzeitfolgen über die Leistungseinstellung per 31. Mai 2014 hinaus angenommen werden kann.

4.4 Ein Schädelhirntrauma, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns subsumiert werden, rechtfertigt die



analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2014, 8C_358/2014, E. 2.4.1, vgl. auch Urteile des EVG vom 6. Mai 2003, U 6/03, und 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1). Die Schwere eines Schädelhirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhalten der Patient oder die Patientin für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, Reaktionen auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen) eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädelhirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 266 „Bewusstseinsstörung“ und S. 786 „Glasgow Coma Scala“; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.2). Die Beschwerdeführerin zeigte sich am Unfalltag beim Eintritt in die ZNA des KSSG orientiert, hatte jedoch für das Unfallereignis eine Amnesie und fragte immer wieder, was geschehen sei. Eine Bewusstlosigkeit ist nicht vermerkt. Beim Eintreffen der Ambulanz am Unfallort war die Beschwerdeführerin offenbar ansprechbar (act. G 5.2/M10). Die bei ihr im KSSG durchgeführte GCS-Überwachung ergab den Wert 14 bzw. 14 bis 15. Die Untersuchung des Neurostatus zeigte keine Auffälligkeiten. Entsprechend wurde die Diagnose eines leichten Schädelhirntraumas gestellt (act. G 5.2/M4 und M10), was eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 134 V 109 begründeten Schleudertrauma-Praxis ausschliesst.

4.5 Nach dem in Erwägung 4.3 und 4.4 Gesagten ist die Adäquanzprüfung somit hinsichtlich der Diagnose HWS-Distorsion nach der Schleudertraumapraxis im Sinne von BGE 134 V 109 bzw. nach Massgabe der darin entwickelten Kriterien vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines adäquaten kausalen Zusammenhangs bei Schleudertraumen oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen zutreffend dar (Erwägung 2.6); darauf ist zu verweisen.

4.6 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wendet ein, die Adäquanzprüfung sei eineinhalb Jahre nach dem Unfall verfrüht erfolgt.



4.6.1 Die Adäquanz ist nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu prüfen, und nicht solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch immer eine namhafte Besserung erwartet werden kann (= Fallabschluss gemäss Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; Urteil des EVG vom 11. Februar 2004, U 246/03; BGE 134 V 112 ff. E. 3 und 4). Sind die Voraussetzungen für den Fallabschluss erfüllt, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C_467/2008, E. 5.2.2.2.). Für die Annahme einer Weiterdauer der Behandlungskostenübernahme genügt es nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (MAURER, a.a.O., S. 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388).

4.6.2 Nach dem dreitägigen Aufenthalt im KSSG wurde die Beschwerdeführerin zunächst von ihrem Hausarzt Dr. E.____ mit Analgetika behandelt, der ihr die Medikamente anlässlich regelmässiger Konsultationen - 2 bis 3 Mal wöchentlich - verschrieb (act. G 5.2/M13 und M27). Dr. E.____ stellte der Beschwerdeführerin zudem zwei Verordnungen für physiotherapeutische Behandlungen von jeweils neun Sitzungen aus (act. G 5.2/M16 f.). Am 27. Februar, 3. und 24. April sowie 14. Mai 2013 konsultierte sie Dr. G.____ (act. G 5.2/M14, M18, M22), die ebenfalls eine analgetische Behandlung sowie physiotherapeutische Massnahmen empfahl. Letztere wurden von Dr. E.____ mit Verordnungen vom 11. September und 29. Oktober 2013 (act. G act. 5.2/M23 f.) als Langzeitbehandlung notiert. In seinem Bericht vom 20. November 2013 gab dieser die zusätzliche Durchführung einer Osteopathiebehandlung an. Die Prognose bezüglich der Beschwerden bezeichnete er als nicht absehbar und stufte die Beschwerden als chronisch ein (act. G 5.2/M27; vgl. dazu vgl. BÄR/BERTRAND/



KIENER, Medizinisch Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 194, S. 45 ff.). Am 7. Februar 2014 sprach Dr. E.____ schliesslich von zurzeit stationären Verhältnissen. Eventuell könne durch Muskelaufbau eine Verbesserung erwartet werden. Neue Therapievorschläge machte er keine (act. G 5.2/M28). Bei der Behandlung der Angstsymptomatik durch Dr. I.____ handelt es sich nicht um eine Behandlung schleudertraumatypischer Beschwerden (vgl. Erwägung 4.1).

4.6.3 Gestützt auf den in Erwägung 4.6.2 dargelegten Sachverhalt führte die Beschwerdegegnerin per 31. Mai 2014 die Adäquanzprüfung durch. Der Fallabschluss auf diesen Zeitpunkt ist nicht zu beanstanden, waren die bei der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapien doch durchwegs dieselben. Massgebende neue Therapieformen mit der Aussicht auf neue Therapieziele wurden laut Akten nicht in Erwägung gezogen. Auch der Umstand, dass der Gesundheitszustand als stabil und chronisch bezeichnet wurde, lässt erkennen, dass per 31. Mai 2014 keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mehr erwartet wurde und die bereits längere Zeit durchgeführten, gleichen Therapien lediglich der Aufrechterhaltung des Erreichten bzw. der Schmerzlinderung dienten oder unfallfremde Gegebenheiten betrafen. Von Seiten des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin wurde der Einwand einer verfrühten Adäquanzprüfung ebenfalls nicht weiter begründet.

4.7

4.7.1 Im Rahmen der Adäquanzprüfung gilt es zunächst den Unfall nach seiner Schwere zu qualifizieren. Beim Unfall vom 8. November 2012 handelte es sich um einen Heck-Auffahrunfall, der wiederum eine linksseitige Kollision mit dem voranfahrenden Fahrzeug nach sich zog (vgl. act. G 1.5). Das Auto der Beschwerdeführerin erlitt Totalschaden und sie musste von der Feuerwehr aus dem Auto geborgen werden (act. G 1.5). Anlässlich der Erstbehandlung im KSSG liessen sich jedoch bei ihr keine schweren körperlichen Verletzungen feststellen (vgl. act. G 5.2/M4 und M10). Im Zusammenhang mit dem Unfall wurde ein unfallanalytisches Kurzgutachten erstellt, aus dem hervorgeht, dass durch die Heckkollision eine Geschwindigkeitsänderung von ca. 34 bis 44 km/h erfolgte (act. G 5.1/A32). Unter diesen Umständen - Kollisionsverlauf mit Doppelkollision, Fahrgeschwindigkeit des auffahrenden Personenwagens bzw. Kollisionswucht (vgl. BGE 115 V 139 ff. E. 6; SVR



2008 UV Nr. 8 S. 26, U 4/07, E. 5.2.1) - ist der Unfall mit Blick auf die entsprechende Kasuistik nicht schwerer als ein mittelschwerer Unfall im mittleren Bereich zu qualifizieren (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 22. August 2008, 8C_623/2007, E. 7, 8. Februar 2008, U 587/06, E. 3.3.2, 5. Februar 2008, 8C_169/2007, E. 4.2 und 14. Januar 2008, 8C_743/2007, E. 3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 61 ff.). Ein Totalschaden lässt noch nicht den Schluss auf einen schweren Unfall zu, zumal es bei der Bezeichnung Totalschaden um einen wirtschaftlichen Begriff geht, bei dem die Reparaturkosten dem Fahrzeug-Restwert gegenübergestellt werden. Dies ist zumindest bei älteren Personenwagen - wie demjenigen der Beschwerdeführerin - relevant. Der adäquate Kausalzusammenhang bei einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich ist zu bejahen, falls ein einzelnes der nach der Rechtsprechung einzubeziehenden Kriterien (vgl. dazu BGE 134 V 130 E. 10.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 73 ff.) besonders ausgeprägt vorhanden ist oder mindestens drei der massgeblichen Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_897/2009, E. 4.5; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 65).

4.7.2 Wie die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 8. Oktober 2014 (act. G 5.1/A45) richtig erwogen und auch in der Beschwerdeantwort vom 27. Januar 2015 (act. G 5) ausführlich dargelegt hat, sind die in die Prüfung miteinzubeziehenden Kriterien weder in der geforderten Anzahl noch eines davon in ausgeprägter Weise erfüllt. Dem ist nichts hinzuzufügen und es kann auf die diesbezüglich zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden (zum Adäquanzkriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 22. August 2008, 8C_623/2007, E. 8.1). Die Einwände des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 7. November 2014 (act. G 1) hinsichtlich der von ihm als erfüllt betrachteten Kriterien - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; erhebliche Beschwerden; erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen - vermögen keine andere Beurteilung herbeizuführen. Hinsichtlich seiner Ausführungen zum Adäquanzkriterium der Arbeitsunfähigkeit ist zu ergänzen, dass die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch ihren Arbeitgeber in Berücksichtigung ihrer Zusatzbelastung durch die Zusatzausbildung zum Bachelor „Pflege“ erfolgte.



St.Galler Gerichte

4.7.3 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass dem Unfall vom 8. November 2012 keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die andauernden gesundheitlichen Beschwerden zukommt. Die Einstellung der Leistungen auf den 31. Mai 2014 erscheint demgemäss auch mit Blick auf eine schleudertraumähnliche Verletzung ausgewiesen.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 8. Oktober 2014 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.