



Fall-Nr.: UV 2017/7
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 27.09.2018
Entscheiddatum: 27.09.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 27.09.2018

Art. 6 UVG: Die Leistungseinstellung durch die Unfallversicherung erfolgte zu Recht. Adäquanz unter Anwendung der Psycho-Praxis verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. September 2018, UV 2017/7).

Entscheid vom 27. September 2018

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2017/7

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur

Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war bei der B.____ AG als Fleischzerstücklerin angestellt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unfallversichert, als sie am 15. Juli 2014 auf dem Werksgelände ihrer Arbeitgeberin von einem rückwärtsfahrenden Lieferwagen angefahren wurde (Suva-act. 1; vgl. auch Suva-act. 80, 81 und 105). Noch am Unfallort wurde die Versicherte durch den Rettungsdienst C.____ erstversorgt und danach ins Kantonsspital D.____ überführt, in welchem ein Überrolltrauma mit Comotio cerebri, multiplen oberflächlichen Schürfwunden (über der linken Gesichtshemisphäre und am Rücken), Rissquetschwunden (RQW) enoral und Lippenrot Oberlippe links sowie einem abgebrochenen Zahn 22 diagnostiziert wurden (IV-act. 13 S. 7; Suva-act. 81). Die Wunden der Versicherten wurden im Kantonsspital D.____ versorgt und mittels Polytrauma-CT konnten Organläsionen und ossäre Läsionen ausgeschlossen werden (IV-act. 13 S. 7). Die Versicherte blieb zur 24-Stunden-Überwachung nach Glasgow Coma Score (GCS) im Kantonsspital D.____ (Suva-act. 32). Am 17. Juli 2014 wurde sie aus dem Spital entlassen mit der Bitte um regelmässige Wundkontrollen (IV-act. 13 S. 8). Die Versicherte wurde bis zum 27. Juli 2014 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Suva-act. 32).

A.b Am 18. Juli 2014 erfolgte die ambulante Untersuchung der Versicherten in der Zentralen Notfallabteilung der Klinik für Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Kantonsspitals S.____. Dem Behandlungsbericht vom 23. Juli 2014 sind die Diagnosen Status nach Überrolltrauma am 15. Juli 2014 mit



St.Galler Gerichte

Commotio cerebri, multiplen oberflächlichen Schürfwunden an den Schultern und Armen beidseits, einer grossflächigen, über die linke Gesichtshälfte verlaufenden Schürfwunde mit Hämatom des linken Auges, einer grossflächigen Schürfwunde im Bereich des Rückens, RQW enoral und Lippenrot Oberlippe links sowie abgebrochenem Zahn 22 zu entnehmen. Weiter geht aus dem Bericht hervor, dass die Versicherte über starke Schmerzen geklagt habe, wobei sie die Analgetika an diesem Tag noch nicht eingenommen hätte. Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel oder Sehstörungen seien verneint worden. Die Versicherte wurde zur erneuten Vorstellung am 19. Juli 2014 aufgeboten (IV-act. 13 S. 12 f.). Bei der dann durchgeführten Kontrolle ergab sich, dass die Versicherte von den Schmerzen her medikamentös gut eingestellt war. Die Exkorationen wurden im Behandlungsbericht vom 21. Juli 2014 als reizlos beschrieben und als Prozedere wurde festgehalten, dass die Versicherte diese selbständig ausduschen und verbinden werde unter Kontrolle beim Hausarzt. Bei regulärem Verlauf seien keine weiteren Kontrollen im Kantonsspital S.____ mehr geplant (Suva-act. 11; IV-act. 13 S. 14).

A.c In einem Telefongespräch mit der Suva vom 4. September 2014 beklagte die Versicherte starke Kopfschmerzen und in einem weiteren vom 5. September 2014 Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen (Suva-act. 24 und 27).

A.d Am 15. September 2014 erfolgte eine Erstkonsultation der Versicherten im Ambulatorium der psychiatrischen Klinik E.____ bei Oberärztin med. pract. F.____. Ihrem Bericht vom 19. September 2014 ist zu entnehmen, dass die Versicherte davon berichtete, unter Vergesslichkeit, schlechtem Schlaf und Albträumen zu leiden. Sie sei nach eigenen Angaben bei dem Unfall auf den Kopf gefallen, wobei auf der Stirn eine bleibende Ausbuchtung beim linken Auge geblieben sei, während die restlichen Gesichtsverletzungen gut verheilt seien. Auf dem Rücken habe sie aber noch Brandnarben. Med. pract. F.____ erachtete es aufgrund des noch nicht lange zurückliegenden Unfalls, des Unfallhergangs mit möglicherweise doch ausgeprägter Commotio cerebri und der Gesichtsverletzungen als möglich, dass die eingeschränkte Auffassung und Konzentrationsfähigkeit noch Folgesymptome der Commotio cerebri sein könnten. Eher klassisch für eine posttraumatische Belastungsstörung seien nur die Albträume vom Unfallgeschehen. Daher stellte sie vorerst die Diagnosen Status nach



St.Galler Gerichte

Verkehrsunfall mit Schädel-Hirntrauma am 15. Juli 2014 sowie sonstige Reaktionen auf schwere Belastung (Suva-act. 51).

A.e In einem Zwischenbericht vom 3. Oktober 2014 nannte med. pract. G.____, Fachärztin FMH Allgemeinmedizin, Hausärztin der Versicherten, dass die Versicherte weiterhin über Schmerzen am Rücken und im Bereich des linken Auges klage. Eine ophthalmologische Kontrolle habe einen normalen Befund ergeben. Bei Alpträumen, Konzentrationsschwierigkeiten und Schwierigkeiten in der Kontrolle der Emotionen sei die Versicherte psychiatrisch beurteilt worden. Möglicherweise handle es sich auch um Folgen der Commotio cerebri. Eine Wiederaufnahme der Arbeit mit einem Pensum von 10 % sei auf den 29. September 2014 geplant gewesen (Suva-act. 34).

A.f In einer von einem Aussendienstmitarbeiter der Suva durchgeführten Befragung vom 24. November 2014 berichtete die Versicherte über fortbestehende Kopfschmerzen auf der linken Seite, Schmerzen am linken Arm von der Schulter bis zur Hand, Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und über psychische Probleme. Am gleichen Tag vereinbarten der Aussendienstmitarbeiter, die Versicherte, der Produktionsleiter sowie der Personalverantwortliche ihrer Arbeitgeberin den Versuch einer Steigerung der Arbeitstätigkeit von bisher einem Morgen auf neu drei Morgen pro Woche (Suva-act. 41). Laut dem Personalverantwortlichen hat die Versicherte allerdings am 26. November 2014 bereits nach einer halben Stunde Tätigkeit an einem Schonarbeitsplatz ihrem direkten Vorgesetzten unter grossem Protest mitgeteilt, dass ihr die Arbeit nicht möglich sei. Sie habe am Freitag danach die Hausärztin konsultiert und ein weiteres Arztzeugnis mit einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt (Suva-act. 50).

A.g Im Rahmen eines Konsiliarauftrags der Suva fand am 16. Dezember 2014 eine neurologische Untersuchung der Versicherten durch Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie FMH, zertifizierter med. Gutachter SIM, statt. Dr. H.____ hielt in seiner neurologischen Beurteilung vom 16. Dezember 2014 fest, dass die Versicherte entsprechend ihren eigenen Angaben nicht von den Rädern des Lieferwagens überrollt worden sei und sich an alle Details erinnern könne. Die im Anschluss an das Unfallereignis für kurze Zeit verschwommenen Erinnerungen liessen in erster Linie an einen psychogenen Schockzustand, weniger an eine hirnorganisch bedingte Amnesie



denken. Insoweit könne auch nicht von einer Commotio cerebri gesprochen werden. Bei der Notfalluntersuchung im Spital D.____ seien keine neurologischen Defizite festgestellt worden und die Polytrauma-CT-Bildgebung habe keine traumatischen Läsionen gezeigt. Im Verlauf habe die Versicherte Ängste und Schlafstörungen entwickelt und erhalte nun Antidepressiva. Anlässlich der neurologischen Untersuchung habe sie davon berichtet, an zwei bis drei Tagen pro Woche unter Kopfschmerzattacken zu leiden. Diese würden in erster Linie an eine Migräne denken lassen und seien in der Regel medikamentös behandelbar ohne eine längere Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Der klinische Neurostatus der Versicherten sei unauffällig und in der ergänzenden Neurosonographie hätten sich keine Hinweise für eine traumatische Gefässdissektion als Ursache der Kopfschmerzen ergeben. Im Vordergrund stehe sicherlich das psychotraumatologische Beschwerdebild. Als Diagnosen nannte Dr. H.____ den Verdacht auf eine Erstmanifestation einer Migräne und den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (Suva-act. 53).

A.h Aus einem Bericht von med. pract. F.____ vom 19. Dezember 2014 geht hervor, dass die Versicherte auch am 14. Oktober, 11. November und 18. Dezember 2014 in der psychiatrischen Klinik E.____ in Behandlung gewesen war. Bei den Terminen im Oktober und November sei sie in Begleitung von Verwandten gekommen, da ihre Konzentrationsfähigkeit und ihre kognitiven Fähigkeiten noch deutlich eingeschränkt gewesen seien. Auch habe sie zur damaligen Zeit noch Ängste auf der Strasse gehabt, was sich nun aber bereits deutlich gebessert habe. Psychiatrischerseits bestehe die Einschätzung, dass die vorhandenen Ängste und kognitiven Probleme im Sinne einer Minderbelastbarkeit auch von der körperlichen Schmerzsituation bei Belastung abhängen und noch einige Wochen vergehen müssten, bis sich die Versicherte vom Unfallereignis erholt habe. Die Symptomatik erscheine entsprechend ihren Schilderungen und ihrer Präsentation als eine im Wesentlichen somatisch-hirnorganisch bedingte Einschränkung im Sinne einer Unfallfolge. Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine deutliche Depression hätten sich bei den Konsultationen nicht ergeben. Die Versicherte werde noch immer unter der Diagnose „sonstige Reaktionen auf schwere Belastung“ behandelt (Suva-act. 55).

A.i Mit Verfügung vom 5. Januar 2015 stellte die Suva die gesetzlichen Versicherungsleistungen, die sie zuvor aufgrund des Unfallereignisses vom 15. Juli



St.Galler Gerichte

2014 erbrachte hatte, per 31. Januar 2015 ein, da sie die von der Versicherten noch geklagten Beschwerden als organisch nicht hinreichend nachweisbar und einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis als nicht gegeben erachtete (Suva-act. 56).

A.j Mit Schreiben vom 12. Januar 2014 (richtig 12. Januar 2015) kündigte die B.____ AG das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten auf den 31. März 2015 (Suva-act. 92).

A.k Gegen die Leistungseinstellungsverfügung der Suva erhob die anwaltlich vertretene Versicherte am 6. Februar 2015 Einsprache (Suva-act. 70). Mit Schreiben vom 24. März 2015 hob die Suva die Einstellungsverfügung vom 5. Januar 2015 auf und teilte der Versicherten mit, dass sie das Einspracheverfahren als formlos erledigt betrachte (Suva-act. 77).

A.l Am 10. April 2015 fand eine neurologische Untersuchung durch Dr. med. I.____ vom Neurologischen Zentrum J.____ statt, welche in ihrem Untersuchungsbericht vom 13. April 2015 die Diagnosen chronisches Schmerzsyndrom mit migräniformen Aspekten, wahrscheinlich multifaktorieller Genese, vorrangig posttraumatisch, chronisches Schwäche- und Erschöpfungsgefühl sowie affektive posttraumatische Begleitbeschwerden (depressive Stimmungsauslenkungen und differentialdiagnostisch posttraumatische Belastungsstörung) stellte. Sie betonte, dass sich die Anamneseerhebung schwierig gestaltet habe, da insbesondere betreffend die notwendige Kopfschmerzabklärung nicht alle Teilaspekte der Beschwerden konklusiv erörtert hätten werden können (Suva-act. 104).

A.m Einem Bericht von med. pract. F.____ vom 16. April 2015 ist zu entnehmen, dass sich das psychiatrische Befinden der Versicherten stark verbessert habe. Sie könne das Haus wieder alleine verlassen und befinde sich in einer beruflichen Wiedereingliederung. Insbesondere die körperlichen Restbeschwerden aus dem Unfallereignis würden sich für die Arbeitsfähigkeit der Versicherten als einschränkend erweisen. Eine regelmässige psychiatrische Behandlung erfolge nicht, sei auch nicht erforderlich. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und Begleitung der beruflichen Wiedereingliederung erfolge durch die Hausärztin. Die Versicherte stelle sich im Abstand von ca. einem Monat bzw. bei Bedarf bei der psychiatrischen Klinik E.____ vor.



St.Galler Gerichte

Es werde erwartet, dass die psychiatrische Betreuung nach Regulierung der Lebensumstände und dem Finden einer passenden anderen beruflichen Tätigkeit nicht mehr erforderlich sei (Suva-act. 91).

A.n Auf Nachfrage der Suva (vgl. Suva-act. 82) veranlasste med. pract. G.____ die Durchführung einer MRT der Halswirbelsäule (HWS) und des Neurokraniums der Versicherten im Röntgeninstitut K.____. Aus der Beurteilung des Röntgeninstituts vom 6. Mai 2015 geht hervor, dass die bildgebende Untersuchung ein leichtes Diskusbulging C 4/5 zeige, ansonsten jedoch eine regelrechte Darstellung des Neurokraniums und der HWS vorliege (Suva-act. 97).

A.o Einem Bericht von Oberärztin med. pract. L.____ und Assistenzärztin med. pract. M.____ vom Ambulatorium der psychiatrischen Klinik E.____ vom 5. August 2015 ist die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung und differentialdiagnostisch eine nicht näher bezeichnete andere psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit zu entnehmen. Nach einer zwischenzeitlichen Verbesserung der Angst im Strassenverkehr habe sich diese wieder etwas verstärkt. Die Versicherte komme in einmonatigen Abständen zu supportiven Gesprächen. Höherfrequentierte Sitzungen wären aufgrund der wieder verstärkten Symptomatik sinnvoll, jedoch lasse sich dies seitens der Versicherten aufgrund der vielen anderen Arztbesuche nicht umsetzen (Suva-act. 131).

A.p Am 25. August 2015 fand eine kreisärztliche Untersuchung der Versicherten durch Dr. med. N.____, Facharzt für Chirurgie FMH, statt. In seiner Beurteilung vom 25. August 2015 hielt er fest, dass sich die Versicherte bei ihrem Unfall vom 15. Juli 2014 Exkorationen im Gesicht und am Rücken zugezogen habe, welche inzwischen reizlos abgeheilt seien. Verletzungen an der HWS sowie am Neurokranium hätten mittels MRI ausgeschlossen werden können. Durch die neurologische Untersuchung von Dr. H.____ vom 16. Dezember 2014 hätten auch unfallbedingte neurologische Defekte ausgeschlossen werden können. Eine Commotio cerebri, welche in den Akten auftauche, habe nicht bestanden. Die Schürfverletzungen seien schön abgeheilt und die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei in allen Ebenen frei. Es habe sich bei der kreisärztlichen Untersuchung eine klagende Versicherte ohne traumatisch bedingte Residuen gezeigt. Bei der Versicherten bestehe, soweit die unfallfremden Beschwerden



ausgeklammert würden, wieder eine volle Arbeitsfähigkeit ohne jegliche Einschränkung. Die noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des Nackens, ausstrahlend zum Kopf und in beide Arme, seien nicht mehr unfallkausal. Die Beschwerden seien Folge der schlechten Haltung und der schlecht ausgebildeten Rückenmuskulatur. Der Endzustand sei erreicht. Unfallbedingt seien keine weiteren Behandlungen notwendig oder zielführend. Als Diagnosen wurden im Bericht eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom und differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine nicht näher bezeichnete andere psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit erwähnt (Suva-act. 127).

A.q Einem Verlaufsbericht vom 19. Oktober 2015 von med. pract. L.____ und med. pract. M.____ ist zu entnehmen, dass sich am Zustandsbild der Versicherten nur wenig verändert habe. Es bestehe ein depressiver Affekt mit innerer Unruhe und einer starken Störung der Vitalgefühle sowie erhöhter Reizbarkeit. Die Versicherte klage weiterhin über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen im Alltag. Daneben bestehe eine Angstsymptomatik, die vor allem im Strassenverkehr auftrete. Ob letztere allenfalls im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer depressiven Entwicklung im Rahmen des Unfallereignisses und damit einhergehender veränderter Lebenssituation bestehe, lasse sich nicht endgültig festlegen, da die Befunderhebung aufgrund der eingeschränkten sprachlichen Möglichkeiten der Versicherten sehr schwierig sei. Die Versicherte berichte davon, dass sie häufig an den Unfall denken müsse, wodurch unangenehme und belastende Gefühle entstünden. Ob dies als Grübeln im Rahmen einer depressiven Symptomatik oder als Flashbacks im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung zu werten sei, bleibe unklar (Suva-act. 146).

A.r Auf Veranlassung der Suva fand am 3. November 2015 durch ihren Konsiliarpsychiater Dr. med. O.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eine psychiatrische Untersuchung der Versicherten statt (Suva-act. 149). Im Bericht zur Untersuchung wird als Diagnose eine Anpassungsstörung nach Unfallereignis am 15. Juli 2015 (richtig 15. Juli 2014) vor dem Hintergrund einer deutlich erhöhten Vulnerabilität nach Migration und fehlender Integration genannt (Suva-act. 149 S. 13). In der Zusammenfassung des Berichts ist festgehalten, dass hinsichtlich der



St.Galler Gerichte

bestehenden psychischen Symptome mit grosser Wahrscheinlichkeit von einem natürlichen teilkausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 15. Juli 2014 auszugehen sei. Ein ganz erheblicher Teil der psychischen Symptome sei mit grosser Wahrscheinlichkeit aber auf biographische Faktoren zurückzuführen. Vor dem Hintergrund der biographischen Faktoren und der Migration mit fehlender Integration in der Schweiz sei jetzt aus psychiatrischer Sicht von einer weiteren psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Die weitere Behandlung dürfte mittelfristig eher dazu dienen, den Status quo zu erhalten und einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Die für die Schätzung eines Integritätsschadens erforderliche Dauerhaftigkeit könne gegenwärtig noch nicht beurteilt werden (Suva-act. 149 S. 149).

A.s Mit Verfügung vom 4. Dezember 2015 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2015 ein, da sie die von der Versicherten beklagten Beschwerden als organisch nicht hinreichend nachweisbar sowie die Adäquanz zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden als nicht gegeben erachtete (Suva-act. 157).

B.

B.a Gegen diese Einstellungsverfügung erhob die anwaltlich vertretene Versicherte am 22. Januar 2016 Einsprache mit dem Antrag, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben sei und ihr ab dem 1. Januar 2016 weiterhin die gesetzlichen unfallversicherungsrechtlichen Leistungen zu erbringen seien (Suva-act. 167). In einer E-Mail vom 13. April 2016 informierte die Versicherte die Suva darüber, dass im Auftrag der Swica-Krankentaggeldversicherung im P.____ am 31. März und 5. April 2016 eine neurologische und psychiatrische Untersuchung durchgeführt worden seien, weshalb sie die Suva bitte, die entsprechenden Untersuchungsberichte vor einem Einspracheentscheid abzuwarten (Suva-act. 177).

B.b Mit Verfügung vom 3. August 2016 lehnte die Invalidenversicherung (IV) in der Annahme eines Invaliditätsgrades von 0 % das Begehren der Versicherten um Zusprache einer Invalidenrente ab. In der Begründung der Verfügung heisst es, dass die IV das Gutachten der Swica-Krankentaggeldversicherung erhalten habe und



St.Galler Gerichte

festhalten könne, dass weder aus neurologischer noch aus psychiatrischer Sicht erhebliche Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit geltend gemacht würden. Der regionale ärztliche Dienst (RAD) qualifiziere das Gutachten der Swica als umfassend und plausibel, weshalb darauf abgestellt werden könne (Suva-act. 185).

B.c Am 13. September 2016 erfolgte die Einsprachebegründung seitens der Versicherten (Suva-act. 190). Die Suva wies die Einsprache mit Entscheid vom 19. Dezember 2016 ab (act. G 1.1; Suva-act. 195).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Muolen, am 18. Januar 2017 Beschwerde (act. G 1). Darin beantragte sie, dass der Einspracheentscheid aufzuheben und die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten sei, weiterhin die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen (Heilungskosten, Taggeld, evtl. Rente und Integritätsentschädigung, wenn der definitive Zustand eingetreten sei) auszurichten. Weiter stellte die Beschwerdeführerin den Antrag, dass über die persistierenden Unfallfolgen eine Oberexpertise von Amtes wegen in Auftrag zu geben sei, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1 S. 2). Als Beweismittel reichte sie unter anderem einen Bericht von med. pract. G.____ vom 5. Januar 2017 ein, in welchem sich diese zu einer Knochendelle der Beschwerdeführerin und zur Frage, ob die Beschwerdeführerin eine Commotio cerebri erlitten habe, äusserte (act. G 1.4).

C.b Am 27. Februar 2017 reichte die Beschwerdegegnerin die Vorakten sowie ihre Beschwerdeantwort ein, in welcher sie beantragte, dass die Beschwerde vom 18. Januar 2017 abzuweisen sei und der Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2016 zu bestätigen sei. Ferner stellte sie den Antrag, dass die vollständigen IV-Akten des Parallelprozesses IV 2016/316 (inklusive neurologisch-psychiatrisches Gutachten des P.____ vom 11. April 2016) beizuziehen seien. Eventuell seien die vollständigen IV-Akten bei der IV-Stelle zu edieren (act. G 3 S. 2).

C.c Am 18. März 2017 erstattete die Beschwerdeführerin ihre Replik, in welcher sie an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren festhielt (act. G 5).



St.Galler Gerichte

C.d In ihrer Duplik vom 4. April 2017 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren in der Beschwerdeantwort gemachten Ausführungen vollumfänglich fest. Eventualiter beantragte sie, dass das neurologisch-psychiatrische Gutachten des P.____ vom 11. April 2016 direkt bei dessen Auftraggeberin, der Swica, zu edieren sei. Ferner stellte sie den Antrag, dass ihr nach der Durchführung des beantragten Aktenbeizugs Gelegenheit zu geben sei, in die betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen und eine erneute Stellungnahme abzugeben (act. G 7).

C.e Mit Schreiben des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. April 2017 wurden die Parteien über den Beizug der IV-Akten aus dem Verfahren IV 2016/316 informiert und der Beschwerdegegnerin die entsprechenden Akten zur Einsicht und Stellungnahme zugestellt (act. G 8). In den IV-Akten befinden sich die von der Swica-Krankentaggeldversicherung beim P.____ in Auftrag gegebenen Gutachten. Dem neurologischen Gutachten vom 11./16. April 2016 von Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, medizinischer Sachverständiger cpu, ist zu entnehmen, dass sich keine relevanten neurologischen Diagnosen stellen lassen würden. Eine organpathologische Schädigung am Nervensystem sei nicht diagnostizierbar. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden hätten in den Befunden und in der Verhaltensbeobachtung nicht objektiviert werden können. Innerhalb der Darstellungen der Beschwerdeführerin habe es deutliche Diskrepanzen und Inkonsistenzen gegeben. Die Medikamente Sirdalud, Ciprallex, Trittico und Mirtazapin seien bei der Serumuntersuchung unterhalb der Nachweisgrenze gewesen. Aus neurologischer Sicht sei die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit voll einsatzfähig (Fremdakten, Swica-act. 10 S. 4 ff.). Im psychiatrischen Gutachten vom 31. März 2016 von Privat-Dozent Dr. med. R.____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, medizinischer Gutachter SIM, wird die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung gestellt sowie eine nach dem Unfall eingetretene depressive Entwicklung gegenwärtig noch leichten bis mittelschweren Ausmasses. Dr. R.____ weist darauf hin, dass mit einiger Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall psychopathologisch keine ganz unauffällige Situation bestanden habe, da die Versicherte sozial relativ isoliert sei, die Landessprache nicht spreche und auch der Konflikt mit dem Ehemann schon länger zu bestehen scheine. Die psychiatrische Symptomatik beeinträchtige die Arbeit in der Fleischfabrik nicht, lediglich die Teilnahme am Strassenverkehr sei hier noch



St.Galler Gerichte

nachvollziehbar beeinträchtigt. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei psychiatrisch noch durch eine traumaspezifische Psychotherapie zu erwarten (Fremdakten, Swica-act. 10 S. 31 ff.).

C.f Nach Einsicht in die IV-Akten gab die Beschwerdegegnerin am 13. April 2017 eine Stellungnahme ab (act. G 9), zu welcher sich die Beschwerdeführerin mit einem am 15. Mai 2017 der Post übergebenen Schreiben äusserte (act. G 11).

C.g Mit Schreiben vom 16. Juni 2017 reichte die Beschwerdeführerin zwei Fotos ein, welche laut ihren Angaben vor dem Unfall entstanden seien und keine Delle im Gesicht aufweisen würden (act. G 13).

C.h Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit entscheidungswesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss den Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend steht ein Unfall vom 15. Juli 2014 zur Diskussion. Es finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die im Nachgang zum Unfall vom 15. Juli 2014 erbrachten Heilkosten- und Taggeldleistungen zu Recht auf den 31. Dezember 2015 eingestellt und den Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung abgelehnt hat.



2.1 Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; 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 der Leistungsanspruch erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. 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 (zum Ganzen Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 27. Februar 2004, U 29/03, E. 3.1 mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; vgl. THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58).

2.2 Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen 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; 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 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb). 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. 6 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. 6 für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend. Dasselbe gilt, wenn es sich bei der nach einem Unfall aufgetretenen, psychischen Fehlentwicklung nicht um eine mit dem organisch-psychischen Beschwerdebild nach Schleudertrauma (oder äquivalenter Verletzung) eng verflochtene Entwicklung handelt, sondern um einen selbständigen (sekundären) psychischen Gesundheitsschaden. Für diese Abgrenzung sind insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren und der Zeitablauf von Bedeutung. Nicht zur Anwendung gelangen die besonderen Schleudertrauma-Kriterien ferner bei einem durch den Unfall verschlimmerten psychischen Vorzustand (vgl. u.a. Urteil des EVG vom 7. November 2002, U 377/01, E. 4.3). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz bei einer Schleudertraumaverletzung oder eines Schädelhirntraumas 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).

2.3 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 f. E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). An dieser Stelle sei angemerkt, dass nach dem Gesagten auch die von der Swica-Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen Gutachten durchaus für die Entscheidungsfindung mitberücksichtigt werden können. Aufgrund des Umstandes, dass diese Gutachten möglicherweise nicht nach den im Sozialversicherungsrecht üblichen Verfahrensregeln in Auftrag gegeben worden sind, wie die Beschwerdeführerin einwendet (vgl. act. G 1.5 S. 1), kann ihnen nicht automatisch der Beweiswert abgesprochen werden.

3.

Zunächst ist zu prüfen, ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch organisch objektivierbare Unfallfolgen vorhanden gewesen sind, welche die von der Beschwerdeführerin über den 31. Dezember 2015 hinaus geklagten Beschwerden (v.a. Kopfschmerzen, Armschmerzen, Kreuzschmerzen und Müdigkeit; vgl. z.B. Fremdakten, Swica-act. 10) erklären können. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass ihr als strukturelle Unfallfolge oberhalb der linken Orbita nach dem Unfallereignis eine Knochendelle geblieben sei, und zwar genau an jener Stelle, an der nach dem Unfall ein Bluterguss vorhanden gewesen sei. Es sei eine Erfahrungstatsache, dass die menschliche Stirn von Geburt an in aller Regel keine solch grosse Delle aufweise. Auch wäre ein Bluterguss im Bereich der Delle wohl ausgeblieben, wenn diese schon vor dem Unfall bestanden hätte. Sodann sei die Delle vor dem Unfall von ihr nicht bemerkt worden. Auch ihrem Ehemann und der Hausärztin sei die Delle nicht aufgefallen (act. G 1 S. 3). Die Delle sei von keinem Mediziner der Unfallversicherung thematisiert worden (act. G 1.5 S. 2). Vor dem rechtskräftigen Entscheid über den Fall müsse entsprechend dem Untersuchungsgrundsatz dieser Knochendelle nachgegangen werden. Es werde eine Oberexpertise beantragt (act. G 5 S. 2). Die Beschwerdegegnerin ist demgegenüber der Ansicht, dass die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte leichte Eindellung zum einen nicht als Unfallfolge erstellt sei und zum anderen ohnehin keinerlei Beeinträchtigungen bewirke. Sie sei von keinem der involvierten Ärzte als relevanter Gesundheitsschaden erwähnt worden (act. G 3 S. 5).

3.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares



Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG [Elektroenzephalogramm]) bestätigt werden können (vgl. BGE 134 V 121 f. E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2 mit Hinweisen).

3.2 Die Beschwerdeführerin ist noch am Unfalltag in das Kantonsspital D.____ eingeliefert worden, wo gemäss Austrittsbericht vom 21. Juli 2014 Organschäden sowie össäre Läsionen mittels Polytrauma-CT ausgeschlossen werden konnten (IV-act. 13 S. 7). Ein vom Röntgeninstitut K.____ am 6. Mai 2015 durchgeführtes MRT der HWS und des Neurokraniums hat ausser einem leichten Diskusbulging C 4/5 eine regelrechte Darstellung des Neurokraniums und der HWS gezeigt. In der neurologischen Beurteilung von Dr. H.____ vom 16. Dezember 2014 ist sodann festgehalten, dass der klinische Neurostatus der Versicherten unauffällig sei und die ergänzenden Neurosonographien keine Hinweise für eine traumatische Gefässdissektion als Ursache der Kopfschmerzen ergeben hätten. Auch in dem von der Swica-Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen neurologischen Gutachten von Dr. Q.____ vom 11./16. April 2016 sind keine neurologischen Diagnosen gestellt worden, eine organpathologische Schädigung am Nervensystem sei nicht diagnostizierbar. Auch hat Dr. Q.____ in seinem Gutachten festgehalten, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden nicht objektiviert werden könnten (Fremdakten, Swica-act. 10 S. 10 ff.). Dr. N.____ erwähnt in seinem kreisärztlichen Bericht vom 25. August 2015 gleichfalls, dass sich ihm eine Beschwerdeführerin ohne traumatisch bedingte Residuen gezeigt habe (Suva-act. 127). Eine ophthalmologische Kontrolle hat ebenfalls einen normalen Befund ergeben (Suva-act. 34). Auch die Schürfverletzungen sind gemäss den vorliegenden Unterlagen grundsätzlich gut verheilt (vgl. Suva-act. 127). Dass die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Delle eine Restfolge der durch den Unfall erlittenen Verletzungen ist, kann gut möglich sein. So führt auch med. pract. G.____ im von der Beschwerdeführerin eingereichten Bericht vom 5. Januar 2017 aus, dass die Delle genau an derjenigen Stelle liege, an welcher die Beschwerdeführerin eine Schürfung gehabt habe. Es sei gut möglich, dass die



Delle von einem Hämatom komme, habe doch das CT im Kantonsspital D.____ eine imbibierte und verdickte Subcutis links supraorbital bei Hämatom gezeigt. Allerdings führt med. pract. G.____ auch zutreffend aus, dass ein optisch nicht optimal abgeheiltes Hämatom nicht per se eine Einschränkung bedeute (act. G 1.4). Jedenfalls kann vorliegend – ohne dass hierfür eine weitere medizinische Begutachtung notwendig wäre – davon ausgegangen werden, dass die von der Beschwerdeführerin angesprochene Delle nicht die Ursache ihrer Beschwerden bildet. Denn weder im Austrittsbericht des Kantonsspitals D.____, wo die erwähnte CT-Untersuchung stattgefunden hat, noch im Bericht des Röntgeninstituts K.____ vom 6. Mai 2015 ist die Knochendelle als relevanter Gesundheitsschaden, welcher die beklagten Beschwerden auslösen könnte, thematisiert worden (IV-act. 13 S. 7; Suva-act. 81). Auch aus den anderen medizinischen Berichten geht nicht hervor, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin in irgendeinem Zusammenhang zu der Knochendelle stünden. Die Beschwerdeführerin bringt selber vor, dass die Knochendelle von den Medizinern gerade nicht thematisiert worden sei (vgl. act. G 1.5 S. 2). Dr. N.____ führt in seinem kreisärztlichen Bericht vom 25. August 2015 die noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des Nackens, ausstrahlend zum Kopf und in beide Arme, sogar auf schlechte Haltung und schlecht ausgebildete Rückenmuskulatur zurück (Suva-act. 127). Eine weitere gutachterliche Abklärung erübrigt sich, zumal nach all den bereits vorgenommenen medizinischen Untersuchungen nicht anzunehmen ist, dass dadurch neue Erkenntnisse des vorliegend relevanten Sachverhalts gewonnen werden könnten (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 136 I 236 f. E. 5.3 mit weiteren Hinweisen). Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die durchgeführten radiologischen bzw. apparativen Abklärungen, aber auch die neurologischen Untersuchungen keinen fassbaren organischen (unfallbedingten) Befund zeigen. Es gehen aus den Akten auch sonst keine Anhaltspunkte hervor, welche die über den 31. Dezember 2015 hinaus geklagten Beschwerden durch einen im Sinn der Rechtsprechung organisch nachweisbaren Unfallschaden erklären könnten.

4.

4.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleudertrauma- sowie äquivalenten Verletzungen auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle



Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma, eine Distorsion der HWS oder ein Schädel-Hirntrauma typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 f. 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 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 379 f. E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts muss bei einem Schleudertrauma bzw. einer äquivalenten 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 – bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen – manifestieren. Die andern 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. Nachfolgend ist mithin zu klären, ob die von der Beschwerdeführerin über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden – ohne nachweisbare strukturelle Veränderungen – bezogen auf ein Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 15. Juli 2014 stehen (vgl. u.a. Urteil vom 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3)

4.2 Im Austrittsbericht des Kantonsspitals D.____ vom 21. Juli 2014 ist eine *Commotio cerebri* diagnostiziert worden (IV-act. 13 S. 7). In dem von der Assistenzärztin Z.____ von der chirurgischen Klinik des Kantonsspitals D.____ am 30. September 2014 nachträglich ausgefüllten Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma ist sodann festgehalten, dass Anhaltspunkte für eine Bewusstlosigkeit unklarer Dauer und für eine Gedächtnislücke bezüglich des



Unfallereignisses bestanden hätten. Die Versicherte ist für eine GCS-Überwachung im Spital behalten worden, wobei die Bewusstseinslage der Versicherten im Dokumentationsbogen mit 15 Punkten nach GCS-Score angegeben worden ist (Suva-act. 32). Im Bericht des Kantonsspitals S.____ vom 23. Juli 2017 über die ambulante Nachuntersuchung der Beschwerdeführerin vom 18. Juli 2014 wurde die Diagnose der Commotio ebenfalls aufgenommen (IV-act. 13 S. 12). Sodann hat auch med. pract. G.____ die Diagnose einer Commotio cerebri erwähnt (vgl. act. G 1.4; Suva-act. 34). Demgegenüber hat Dr. H.____ in seiner neurologischen Beurteilung vom 16. Dezember 2014 eine Commotio cerebri unter Hinweis darauf, dass die Beschwerdeführerin nach ihren eigenen Angaben nicht von den Rädern überrollt worden sei und sich an alle Details erinnern könne, verneint. Die für kurze Zeit verschwommene Erinnerung der Beschwerdeführerin lasse in erster Linie an einen psychogenen Schockzustand erinnern, weniger an eine hirnnorganisch bedingte Amnesie, weshalb nicht von einer Commotio cerebri gesprochen werden könne (Suva-act. 53). Dr. N.____ geht in seinem kreisärztlichen Bericht vom 25. August 2015 in Anlehnung an die Beurteilung von Dr. H.____ ebenfalls davon aus, dass keine Commotio cerebri bestanden habe (Suva-act. 127). Es erscheint demnach nicht abschliessend geklärt bzw. bewiesen, ob überhaupt eine Commotio cerebri und somit ein Schädel-Hirntrauma vorgelegen hat. Hinweise für ein eigentliches Schleudertrauma sind den Akten nicht zu entnehmen, wird doch im Dokumentationsbogen des Kantonsspitals D.____ bei der Frage nach einer vorläufigen Diagnose in Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF) Klassifikation der Grad 0 angegeben, da keine Nackenbeschwerden bestanden und keine somatischen Befunde vorgelegen hätten (Suva-act. 32 S. 4). Auch hinsichtlich der geforderten typischen Beschwerdesymptome zeigt sich vorliegend ein etwas unklares Bild. Gemäss dem Dokumentationsbogen hat die Beschwerdeführerin im Kantonsspital D.____ keine Nackenschmerzen, Sehstörungen, Hörstörungen, keinen Schwindel und keine Schlafstörungen erwähnt. Allerdings habe sie innert 15 Stunden über Übelkeit und Erbrechen sowie auf Nachfrage über Kopfschmerzen geklagt (Suva-act. 32). Demgegenüber ist im Austrittsbericht des Kantonsspitals D.____ vermerkt, dass bei Auftreten etwaiger Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Sensibilitätsstörungen, Wundheilungsstörungen, Fieber oder anderweitigen Problemen eine Wiedervorstellung jederzeit möglich sei (IV-act. 13 S. 8). Daraus könnte abgeleitet werden, dass im Zeitpunkt der Entlassung aus dem Spital keine Kopfschmerzen und



keine Übelkeit beklagt worden sind. Möglicherweise sind dies aber auch lediglich allgemeine Hinweise, die zur Sicherheit im Austrittsbericht aufgeführt worden sind. Interessanterweise heisst es aber auch im Bericht des Kantonsspitals S.____ vom 23. Juli 2014 über die ambulante Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 18. Juli 2014, dass Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und Sehstörungen verneint worden seien (IV-act. 13 S. 12). Gleichwohl ist es möglich, dass die Kopfschmerzen innerhalb der ersten 15 Stunden, wie im Dokumentationsbogen beschrieben, aufgetreten sind und im Zeitpunkt der Entlassung aus dem Kantonsspital D.____ sich zeitweilig wieder gebessert haben. In einer Befragung durch die Beschwerdegegnerin vom 24. November 2014 hat die Beschwerdeführerin ebenfalls angegeben, sofort nach dem Unfallereignis an Kopfschmerzen gelitten zu haben, von Übelkeit oder Erbrechen ist hingegen nicht die Rede (Suva-act. 41 S. 2). Angesichts der vorhandenen Bilder (act. G 1.3) scheint es doch klar, dass der Kopf beim Unfall relativ stark betroffen war, sodass zumindest vorübergehende Kopfschmerzen sehr plausibel erscheinen. Spätestens im September 2014 ist die Versicherte allerdings auch noch wegen eingeschränkter Auffassung und Konzentrationsfähigkeit in ärztlicher Abklärung gewesen, was zum Beschwerdebild eines Schädel-Hirntraumas passen könnte (Suva-act. 34 und 51). Zugleich haben sich aber auch psychische Probleme entwickelt (vgl. z.B. Suva-act. 53, 131, 146, 149; Fremdakten, Swica-act. 10). Ob nach dem Gesagten wirklich von einem Schädelhirntrauma mit einem entsprechenden Beschwerdebild ausgegangen werden kann, ist nicht restlos klar. Eine abschliessende Klärung der Frage, ob die natürliche Kausalität der geklagten Beschwerden bezogen auf eine schleudertraumaähnliche Verletzung zu bejahen ist, kann jedoch unterbleiben, da – wie sich nachfolgend zeigen wird – ohnehin spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen ist.

4.3 Vorliegend hat die Adäquanzprüfung anhand der Psycho-Praxis zu erfolgen. Zum einen ist, wie soeben dargelegt, nicht abschliessend geklärt, ob überhaupt eine *Commotio cerebri* und damit ein Schädel-Hirntrauma gegeben ist, welches die Anwendung der Schleudertraumapraxis bedingen würde. Zum anderen genügt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein Schädel-Hirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer leichten *Commotio cerebri* (Gehirnerschütterung, SHT 1. Grades) – nicht im Grenzbereich zu einer *Contusio cerebri* (Gehirnprellung, SHT 2. Grades) – erreicht, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis.



Üblicherweise wird die Schwere eines Schädel-Hirntraumas nach dem Punktwert in der GCS-Skala eingeteilt. Bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 Punkten wird von einem leichten Schädel-Hirntrauma gesprochen. (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2008, E. 4 [publ. in: SVR 2008 UV Nr. 35 S. 133]; Urteil des EVG vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2; vgl. ferner Urteile des Bundesgerichts vom 14. August 2014, 8C_358/2014, E. 2.4.1, 16. Oktober 2013, 8C_258/2013, E. 4.3.2, 28. Juli 2011, 8C_270/2011, E. 2.1 ausgegangen werden kann). Vorliegend ist noch nicht einmal sicher erstellt, ob überhaupt eine Commotio cerebri vorgelegen hat. Der Befund der GCS-Überwachung der Beschwerdeführerin hat sodann den Punktwert 15 aufgewiesen und der Aufenthalt im Kantonsspital D.____ hat sich relativ komplikationslos gestaltet (vgl. Suva-act. 32; IV-act. 13). Wenn überhaupt, hat eine Bewusstlosigkeit nur für eine kurze Zeit bestanden (vgl. Suva-act. 32 und 53). Damit ist die mutmasslich erlittene Commotio cerebri nicht als Verletzung im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri zu sehen, womit in Bezug auf die Hirnerschütterung eine Adäquanzprüfung nach der Schleudertraumap Praxis grundsätzlich ausser Betracht fällt. Dazu kommt, dass aufgrund der Aktenlage bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung die Beschwerden von psychischen Problemen überlagert worden sind. Die Beschwerdeführerin hat sich bereits ab September 2014, relativ kurz nach dem Unfallereignis, in psychiatrischer Behandlung im Ambulatorium der psychiatrischen Klinik E.____ befunden (Suva-act. 51). Gemäss einem Zwischenbericht von med. pract. G.____ vom 3. Oktober 2014 ist die Versicherte bei Albträumen, Konzentrationsschwierigkeiten und Schwierigkeiten der Emotionen psychiatrisch beurteilt worden. Möglicherweise handle es sich auch nur um Folgen der Commotio cerebri (Suva-act. 34). Während die psychischen Beschwerden wie Konzentrationsschwierigkeiten und Ängste im Strassenverkehr in den ersten Berichten der psychiatrischen Klinik E.____ noch als mögliche Folgen des Schockzustandes oder einer allfälligen Commotio cerebri diskutiert worden sind und sich vorübergehend auch gebessert zu haben scheinen (Suva-act. 51, 55 und 91), hat sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin entsprechend den Akten später jedoch wieder verschlechtert (vgl. Suva-act. 131 ff.). Nach einiger Zeit sind von verschiedenen Ärzten psychiatrische Diagnosen wie die posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung oder depressive Störungen genannt worden (Suva-act. 127, 131, 146, 149 und Fremdakten, Swica-act. 10). Dr. H.____ hat bereits in seiner



neurologischen Untersuchung vom 16. Dezember 2014 darauf hingewiesen, dass sicherlich das psychotraumatologische Beschwerdebild im Vordergrund stehen würde (Suva-act. 53). Dr. O.____ hat in seinem Bericht zur psychiatrischen Untersuchung vom 3. November 2015 ausgeführt, dass hinsichtlich der bestehenden psychischen Symptome mit grosser Wahrscheinlichkeit von einem natürlichen teilkausalen Zusammenhang ausgegangen werden könne, während allerdings ein ganz erheblicher Teil der psychischen Symptome mit grosser Wahrscheinlichkeit auf biographische Faktoren zurückzuführen sei (Suva-act. 149 S. 149). Sodann hat Dr. Q.____ in seinem neurologischen Gutachten vom 11./16. April 2016 erwähnt, dass eine erhebliche Anzahl psychosozialer Gründe die Reintegration in den Arbeitsmarkt erschweren würden (Fremdakten, Swica-act. 10 S. 27). Auch Dr. R.____ hat in seinem psychiatrischen Gutachten vom 31. März 2016 darauf hingewiesen, dass mit einiger Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall psychopathologisch keine ganz unauffällige Situation bestanden habe, da die Beschwerdeführerin sozial relativ isoliert sei, die Landessprache nicht spreche und auch der Konflikt mit dem Ehemann schon länger zu bestehen scheine (Fremdakten, IV-act. 10 S. 48 ff.).

4.4 Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs gestützt auf die Psycho-Praxis ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung ist bei leichten Unfällen in der Regel ohne weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden. Als Kriterien nennt die Rechtsprechung: – besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; – die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; – ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; – körperliche Dauerschmerzen; – ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; – schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche



Komplikationen; – Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 139 E. 6; vgl. ferner BGE 134 V 126 ff. E. 10).

4.4.1 Die Schwere des Unfalls bestimmt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und nicht nach den Kriterien, welche bei der Beurteilung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2015, 8C_437/2015, E. 3.3). Aufgrund der in den polizeilichen Akten enthaltenen Angaben (vgl. Suva-act. 80, 81 und 105) ist der in Frage stehende Unfall als mittelschwer zu qualifizieren. Ein Lieferwagen ist auf dem Vorplatz der B.____ AG rückwärts gefahren, als die Beschwerdeführerin gleichzeitig in gleicher Richtung zum Bahnhof marschiert ist. In der Folge hat der Lenker die Beschwerdeführerin übersehen, weshalb es zur Kollision gekommen ist, wobei die Beschwerdeführerin zu Boden gestürzt und einige Meter durch den Wagen auf dem Asphalt zurückgeschoben worden ist (Suva-act. 81 S. 3). Der Umstand, dass sich an der Unfallstelle durch das Zurückschieben der Beschwerdeführerin Schleifspuren auf dem Asphalt von einer Länge von ca. 4.5 m bzw. 4.1 m befunden haben (vgl. Suva-act. 80 S. 5 f.), ändert an der Qualifikation als mittelschwerer Unfall nichts, nachdem die bundesgerichtliche Rechtsprechung bei weit gravierenderen Unfallereignissen keinen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen bzw. einen schweren Unfall annimmt (vgl. u.a. Urteile des Bundesgerichts vom 5. Juni 2009, 8C_80/2009, 5. Februar 2008, 8C_169/2007 und 16. Mai 2007, U 492/06; je mit weiteren Hinweisen).

4.4.2 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin kann aus dem Umstand, dass sie beim Unfallereignis subjektiv Todesangst empfunden habe (vgl. act. G 1 S. 5), nicht auf die besondere Eindrücklichkeit des Unfalls geschlossen werden. Aber auch objektiv betrachtet kann dem vorliegenden Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abgesprochen werden. Zu beachten ist dabei allerdings, dass den meisten mittelschweren Unfällen eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2008, 8C_39/2008, E. 5.2). Aus den Akten sind keine Umstände



ersichtlich, welche das Unfallereignis vom 15. Juli 2014 unter objektiven Gesichtspunkten als besonders dramatisch oder besonders eindrücklich erscheinen liessen, weshalb das Kriterium zu verneinen ist. Von schweren oder besonders gearteten Verletzungen, welche geeignet sind, eine psychische Fehlentwicklung der eingetretenen Art auszulösen, kann angesichts der nach dem Unfall im Kantonsspital D.____ gestellten Diagnosen (Commotio cerebri, multiple oberflächliche Schürfwunden, RQW enoral und Lippenrot Oberlippe links, abgebrochener Zahn 22; vgl. IV-act. 13 S. 7) auch nicht gesprochen werden. Selbst wenn die Verletzungen der Beschwerdeführerin auf den sich in den Akten befindlichen Fotos als eindrücklich erscheinen mögen (vgl. act. G 1.3) und die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall sicherlich Schmerzen erlitten hat (vgl. IV-act. 13 S. 7 ff.), so ist dennoch nicht davon auszugehen, dass diese Verletzungen im Normalfall zu einer psychischen Fehlentwicklung führen. Auch liegt im vorliegenden Fall keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung vor. Die Beschwerdeführerin hat bereits nach zwei Tagen das Kantonsspital D.____ wieder verlassen (IV-act. 13 S. 8), ist dann noch zu zwei Untersuchungen ins Kantonsspital S.____ gegangen und hat danach entsprechend dem Bericht des Kantonsspitals S.____ vom 21. Juli 2014 die Exkorationen unter hausärztlicher Kontrolle selber ausgeduscht und verbunden (vgl. Suva-act. 11; IV-act. 13 S. 14). Abklärungsmassnahmen oder blossen ärztlichen Kontrollen, wie beispielsweise der ophthalmologischen Untersuchung (vgl. Suva-act. 34), gutachterlichen bzw. kreisärztlichen Untersuchungen (vgl. z.B. Suva-act. 127; Fremdakten, Swica-act. 10 S. 10 ff.) oder der Durchführung eines MRI zur Klärung der Beschwerden (vgl. Suva-act. 97) kommt sodann nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu, die zur Annahme einer besonders langen Dauer ärztlicher Behandlung führen könnte. Für die Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung wird auf die kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete ärztliche Behandlung abgestellt. Eine Behandlung, die lediglich der Erhaltung des bestehenden Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant (zum Ganzen vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U 11/07, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Psychische Aspekte sind im Rahmen der Prüfung der Adäquanzkriterien nach Psycho-Praxis grundsätzlich ohnehin auszublenden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2009, 8C_825/2008, E. 4.6). Das Kriterium der



ärztlichen Dauerbehandlung ist nach dem Gesagten demnach ebenfalls zu verneinen. Ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen können der Aktenlage nicht entnommen werden. Anzeichen einer ärztlichen Fehlbehandlung liegen ebenfalls nicht vor. Namentlich kann aus dem Umstand, dass die Ärzte der angeblich bestehenden Knochendelle keine Bedeutung als Gesundheitsschaden beigemessen haben, nicht auf eine ärztliche Fehlbehandlung geschlossen werden, wie dies die Beschwerdeführerin sinngemäss geltend macht (vgl. act. G 1 S. 5). Was das Kriterium der Dauerbeschwerden betrifft, so ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin wechselnde Schmerzangaben gemacht hat und auch Inkonsistenzen in den Schmerzangaben zu finden sind (vgl. insbesondere Fremdakten, Swica-act. 10). Weiter sind die als körperlich imponierenden, organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden bei der Prüfung der Adäquanz nach der Psycho-Praxis nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2009, 8C_825/2008, E. 4.6). Folglich ist das Kriterium der Dauerbeschwerden ebenfalls nicht erfüllt. Entsprechend einem Bericht vom 10. April 2015 hat med. pract. G. ___ die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 15. Juli 2014 bis zum 28. September 2014 zu 100 %, vom 29. September 2014 bis zum 11. Januar 2015 zu 90 %, vom 12. Januar 2015 bis zum 8. Februar 2015 zu 80 %, vom 9. Februar 2015 bis zum 8. März 2015 zu 70 %, vom 9. März 2015 bis zum 31. März 2015 zu 60 % und vom 1. April 2015 an wieder zu 70 % als arbeitsunfähig eingeschätzt (IV-act. 38 S. 3). Daraus erhellt, dass es der Beschwerdeführerin entsprechend der hausärztlichen Beurteilung nach relativ kurzer Zeit bereits wieder möglich gewesen ist, zumindest teilweise eine Arbeit aufzunehmen und sich die Arbeitsfähigkeit auch schrittweise gesteigert hat. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzungen differenzieren allerdings nicht zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen. Dr. H. ___ hat bereits in seinem neurologischen Untersuchungsbericht vom 16. Dezember 2014 angemerkt, dass der klinische Neurostatus der Beschwerdeführerin unauffällig sei und sicherlich das psychotraumatologische Beschwerdebild im Vordergrund stehe (Suva-act. 53). Dr. N. ___ ist sodann in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 25. August 2015 davon ausgegangen, dass aus unfallbedingter Sicht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit ohne jegliche Einschränkung bestehe (Suva-act. 127). Auch Dr. Q. ___ hat in seinem Gutachten vom 11./16. April 2016 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit voll einsatzfähig sei (Fremdakten,



Swica-act. 10 S. 10 ff.). Schliesslich wird sogar im psychiatrischen Gutachten von Dr. R.____ vom 31. März 2016 davon ausgegangen, dass auch die psychiatrische Symptomatik die Arbeit in der Fleischfabrik nicht beeinträchtigt (Fremdakten, Swica-act. 10 S. 48 ff.). Demnach ist das Kriterium der besonders langen Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ebenfalls zu verneinen.

4.5 Nach dem Gesagten ist keines der Kriterien erfüllt und die Adäquanz allfällig noch vorhandener Beschwerden über den 31. Dezember 2015 hinaus zu verneinen. Angesichts dessen kann im vorliegenden Verfahren auch offen bleiben, mit welcher genauen Diagnose die psychischen Beschwerden zu erfassen sind bzw. ob eine posttraumatische Belastungsstörung anzunehmen ist oder nicht (vgl. act. G 1.5). Von einem weiteren Gutachten sind keine neuen Erkenntnisse, welche am Ergebnis dieses Verfahrens etwas ändern, zu erwarten. Auf weitere Abklärungen wird deshalb verzichtet (vgl. u.a. BGE 136 I 236 f. E. 5.3 mit weiteren Hinweisen).

5.

Abschliessend ist noch anzumerken, dass sich in den Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür finden lassen, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin bei der Fallbehandlung aufgrund ihrer Herkunft diskriminiert hätte, wie diese es geltend macht (vgl. act. G 1 S. 5).

6.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2016 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.



Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.