



**Fall-Nr.:** UV 2008/65  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 01.04.2020  
**Entscheiddatum:** 06.01.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 06.01.2010**

**Art. 6 UVG; Art. 19 Abs. 1 UVG: Unfallkausalität von gesundheitlichen Beschwerden im Nachgang zu einer HWS-Distorsion und einer Hirnerschütterung. Prüfung der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung. Verneinung der Adäquanz in Anwendung der Schleudertrauma-Praxis. Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV: Versicherter Verdienstes bei mitarbeitenden Familienmitgliedern. Rückweisung zur Prüfung des versicherten Verdienstes. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Januar 2010, UV 2008/65). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_121/2010.**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Lisbeth Mattle Frei und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Entscheid vom 6. Januar 2010

in Sachen

O.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christof Brack, Frankenstrasse 18, 6003 Luzern,

gegen

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft, Hohlstrasse 552, Postfach, 8048 Zürich,

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a O.\_\_\_\_, geboren 1957, war als Heimleiterin im Alters- und Pflegeheim A.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der ELVIA Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft Zürich (heute: Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft; nachfolgend Allianz) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie von Berufskrankheiten versichert. Am Abend des 5. Januar 2001 wurde die Versicherte auf dem Fussgängerstreifen von einem Auto angefahren. In den Akten ist folgender Unfallhergang dokumentiert (UV-act. 15): Die Mutter der Versicherten, T.\_\_\_\_, überquerte den Fussgängerstreifen auf Höhe des "Spar-Marktes" von links nach rechts. Der Unfallverursacher sah T.\_\_\_\_ und bremste nach eigenen Angaben sein Fahrzeug ab. Als er bemerkte, dass er nicht mehr vor dem Fussgängerstreifen würde anhalten können, wich er nach links aus. Erst jetzt sah er die ca. 1 bis 2 Meter hinter ihrer Mutter gehende Versicherte. Obwohl der Fahrer eine Vollbremsung einleitete und die Versicherte noch versuchte, zurück zu laufen, konnte er eine Kollision nicht mehr verhindern. Sie sprang vor der Kollision noch in die Luft, stützte sich mit beiden Händen auf der Motorhaube ab und wurde einige Meter nach hinten geschleudert. Sie kam halb auf der Fahrbahn, halb auf dem Trottoir zu liegen. Die Versicherte wurde mit der Ambulanz in das Kantonale Spital Uznach überführt. Im Eintrittszeugnis vom 5. Januar 2001 (UV-act. 2) wurden multiple Kontusionen HWS, BWS diagnostiziert. Die Versicherte war danach bis zum 16. Januar 2001 hospitalisiert. Im Kurzaustrittsbericht vom 16. Januar 2001 (UV-act. 9) und im Austrittsbericht vom 23. Januar 2001 (UV-act. 11) wurden eine Commotio cerebri, ein HWS-Distorsionstrauma und multiple Kontusionen (Unterschenkel links, Becken links, Knie rechts) diagnostiziert. Die Allianz anerkannte ihre Leistungspflicht nach UVG und übernahm die Kosten für die Heilbehandlung und richtete das gesetzliche Taggeld aus (Schreiben vom 24. Januar 2001, UV-act. 12 und Bericht des Schadeninspektors vom 31. August 2001, UV-act. 29). In der Folge begab sich die Versicherte in eine stationäre Therapie im medizinischen Zentrum Bad Ragaz (UV-act. 16). Der nachbehandelnde



## St.Galler Gerichte

Arzt, Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, bescheinigte der Versicherten vom 5. Januar 2001 bis zum 4. März 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, vom 5. März bis zum 20. März 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 75% und vom 21. März bis zum 10. Juni 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (UV-act. 23). Am 5. Juni 2001 konnte die medizinische Behandlung vorerst abgeschlossen werden, und laut Dr. B.\_\_\_\_ bestand ab dem 11. Juni 2001 eine Arbeitsfähigkeit von 100% (UV-act. 25). Die Versicherte gab am 31. August 2001 gegenüber dem Schadeninspektor der Allianz an, sie sei seit dem 11. Juni 2001 voll arbeitsfähig, schone sich aber noch bei gewissen Arbeiten (UV-act. 29 und 30). Mit Schreiben vom 17. September 2001 (UV-act. 30) teilte die Allianz der Versicherten mit, der Fall werde abgeschlossen, nachdem die ärztliche Behandlung am 5. Juni 2001 habe abgeschlossen werden können.

A.b Mit Unfallmeldung vom 27. Mai 2002 (UV-act. 34) meldete die Versicherte einen Rückfall. Gemäss Arztzeugnis von Dr. B.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2002 (UV-act. 35) und Bericht vom 16. August 2002 (UV-act. 44) kam es am 13. März 2002 bei einer Drehbewegung während der Arbeit zu einem einschliessenden Schmerz wie schon vor einem Jahr mit Schmerzen parasternal links, Rücken und bis in den linken Arm ausstrahlend. Dr. B.\_\_\_\_, bei dem die Versicherte seit dem 15. März 2002 wieder in Behandlung stand, stellte massive Dreh- und Belastungsschmerzen im Bereich der BWS, mit Ausstrahlung thorakal links, sowie eine deutliche erneute Druckdolenz der BWS fest. Objektiv bestand einzig eine fragliche Hypästhesie. Motorische Ausfälle waren nicht nachweisbar. Im MRI vom 20. März 2002 zeigte sich eine diskreteste Keilwirbelbildung einzelner HWK und vor allem der BWK, ohne aktive Knochenmarkspathologie. Ferner waren keine Nervenwurzelkompression und keine paravertebrale Pathologie nachweisbar. Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte ein Rezidiv des thorakospondylogenen/thorakoradikulären Schmerzsyndroms links nach Kontusionstrauma im Januar 2001. Nach seiner Einschätzung dürften die Beschwerden der Versicherten als Rückfall zum Ereignis vom 5. Januar 2001 gewertet werden, da es sich um genau dieselben Beschwerden wie damals handle. Die Unfallkausalität dürfte mit als sicher anzusehendem Beweisgrad gegeben sein. Ab dem 13. März 2002 war die Versicherte zu 100% und ab dem 8. April 2002 zu 50% arbeitsunfähig. Anlässlich einer persönlichen Befragung gab die Versicherte am 19. Juni 2002 an, sie sei seit Behandlungsabschluss am 5. Juni 2001 nie beschwerdefrei gewesen (UV-act. 39). Mit Schreiben vom 15. Oktober 2002 (UV-act. 51) berichtete Dr. B.\_\_\_\_ über neu



auftretende Konzentrationsstörungen bzw. eine vermehrte rasche geistige Ermüdbarkeit. Er schätzte die theoretische Arbeitsfähigkeit der mittlerweile arbeitslosen Versicherten im damaligen Job immer noch auf 50%. Ein 50%iger Bürojob als Heimleiterin dürfte möglich sein, eine Arbeit am Patienten selbst als Krankenschwester hielt er für ausgeschlossen. Die Allianz legte den Schadenfall ihrem beratenden Arzt, Dr. med. C.\_\_\_\_, Chirurgie FMH, vor. Mit Stellungnahme vom 15. Oktober 2002 (UV-act. 50) führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, seines Erachtens handle es sich hier nicht um einen Rückfall, sondern um ein sogenanntes Verhebetrauma, das nicht als UVG-pflichtig anzusehen sei. In der Folge wurde wegen der unklaren medizinischen Situation ein Gutachten bei der MEDAS Zentralschweiz in Aussicht genommen. Wegen zu langer Wartezeit wurde schliesslich am 20. Juli 2004 Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, mit der Begutachtung beauftragt (UV-act. 87). Mit Gutachten vom 2. November 2004 (UV-act. 90) diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ eine posttraumatische Zervikobrachialgie links mit intermittierender Radikulopathie C7 links. Zur Kausalität führte er aus, die festgestellte Beeinträchtigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 5. Januar 2001 zurückzuführen (S. 5). Zudem bestehe aus seiner Sicht seit dem Unfall eine dauernde Arbeitsunfähigkeit von 100%. Zwar habe die Versicherte seit dem Unfall während eines Jahres immer wieder Arbeitsversuche unternommen und sei von den Ärzten mit einer Arbeitsunfähigkeit von 75% degressiv bis 0% taxiert worden, ohne dass sich eine verwertbare Leistung ergeben hätte. Mit der damals erbrachten Leistung wäre sie auf dem freien Arbeitsmarkt ohne Zweifel entlassen worden (S. 7). Am 4. und 10. Mai 2005 wurde die Versicherte in der Rheinburg-Klinik, Ambulatorium St. Gallen, neuropsychologisch abgeklärt. Mit Bericht vom 2. Juni 2005 (UV-act. 103) diagnostizierten E.\_\_\_\_, Dipl. Psych., und Dr. med. F.\_\_\_\_ ein chronisches Schmerzsyndrom zervikothoraco-brachial linksbetont bei St. n. Kontusionstrauma im Januar 2001 mit wahrscheinlichem HWS-Distorsionstrauma und eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung unklarer Genese. Die Arbeitsunfähigkeit in ihrem angestammten Beruf als Pflegefachfrau wurde mit 100% beziffert. Gestützt auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ und den neuropsychologischen Bericht betrachtete die Allianz mit Schreiben vom 20. Juli 2005 (UV-act. 107) die natürliche Kausalität zwischen der vorhandenen Symptomatik und dem Unfall vom 5. Januar 2001 als gegeben und anerkannte die Leistungspflicht nach UVG. Am 29. Juni 2006 fand eine erneute Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ statt. Mit Gutachten vom 11. Juli 2007 (UV-act. 135)



## St.Galler Gerichte

diagnostizierte er eine Cervikobrachialgie links nach HWS-Distorsion und als Folgezustand der schmerzbedingten Schonung ein erhebliches Dekonditionierungssyndrom. Die natürliche Kausalität zwischen der aktuell geltend gemachten Gesundheitsschädigung und dem Unfall vom 5. Januar 2001 betrachtete Dr. D.\_\_\_\_ immer noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als gegeben. Aus orthopädischer Sicht sei zudem der Endzustand erreicht. Durch eine weitere medizinische Behandlung könne höchstens der gegenwärtige Zustand stabilisiert und allenfalls in geringem Ausmass die Lebensqualität verbessert werden. Zudem bestehe sowohl in der angestammten Tätigkeit als Heimleiterin als auch in einer Ausweichtätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

A.c Nach Einräumen des rechtlichen Gehörs (UV-act. 140) und Stellungnahme der Versicherten (UV-act. 154) stellte die Allianz mit Verfügung vom 3. April 2007 (UV-act. 157) die Versicherungsleistungen per 30. September 2006 mangels adäquater Kausalität zwischen dem Verkehrsunfall vom 5. Januar 2001 und den gegenwärtig noch geltend gemachten Beschwerden ein. Weiter wurde das der Versicherten noch zustehende Taggeld auf Fr. 2'621.-- (Restguthaben) festgesetzt.

B.

B.a Am 4. Mai 2007 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christof Brack, Luzern, Einsprache gegen die Verfügung vom 3. April 2007 (UV-act. 160). Während des Einspracheverfahrens wurde die Versicherte im Auftrag der IV von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, begutachtet. Mit Gutachten vom 26. Juni 2007 (IV-act. 4 – 37.1 ff.) diagnostizierten die Ärzte ein Thorakovertebralsyndrom mit Tendenz zu panvertebraler Ausweitung und eine massive Dekonditionierung, ferner radiologisch (CT-mässig) nachweisbare Costotransversalarthrosen primär TH10 rechtsbetont, geringer auch TH7-9 (IV-act. 4 – 147/203). Die Gutachter führen aus, dass die Costotransversalarthrosen gemäss der medizinischen Aufzeichnungen weder 2002 noch 2004 radiologisch nachweisbar waren. Die Genese dieser Pathologie müsse offen bleiben. Eine traumatische Genese sei möglich, aufgrund der Aufzeichnungen aber nicht überwiegend wahrscheinlich (IV-act. 4 – 149/203).



## St.Galler Gerichte

B.b Mit Einsprache-Entscheid vom 13. Mai 2008 wies die Allianz die Einsprache mit der (neuen) Begründung ab, dass ihre Leistungspflicht bereits ab dem 5. Juni 2001 mangels adäquater Kausalität zu verneinen sei. Daher hätten für die unter dem Titel Rückfall geltend gemachten Beschwerden keine weiteren vorübergehenden Leistungen erbracht werden müssen. Ohne eine Rückforderung geltend zu machen, bestätigte sie die in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Leistungseinstellung per 30. September 2006 (UV-act. 186).

C.

C.a Gegen diesen Entscheid richtet sich die am 13. Juni 2008 erhobene Beschwerde. Die Beschwerdeführerin beantragt darin: Die Verfügung vom 3. April 2007 und der Einsprache-Entscheid vom 13. Mai 2008 seien aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten; es sei ihr insbesondere eine volle UVG-Rente auf der Basis eines Jahreslohns von Fr. 61'272.-- auszurichten; für die Zeit vom 13. März 2002 bis zur Zusprechung der Rente sei ihr ein Taggeld auf der Basis eines Jahreslohns von Fr. 61'272.-- auszurichten und im Sinn der gutachterlichen Feststellungen vom 11. Juli 2006 eine Integritätsentschädigung von mindestens 45% zu leisten; eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Sache zu weiteren Sachverhaltsabklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen; das Verfahren sei mit dem Verfahren IV 2008/135 zu vereinigen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

C.b Mit Schreiben vom 18. Juni 2008 (act. G 2) teilte der Präsident des Versicherungsgerichts der Beschwerdeführerin mit, dass eine Vereinigung der Verfahren vor Versicherungsgericht nicht möglich sei. Die Akten des Verfahrens IV 2008/135 wurden jedoch beigezogen und der Beschwerdegegnerin zur Einsicht zugestellt (act. G 6 und act. G 8).

C.c Mit Beschwerdeantwort vom 1. September 2008 (act. G 13) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Mit Replik vom 24. Dezember 2008 (act. G 23) hält die Beschwerdeführerin an den Anträgen gemäss Beschwerde fest. Mit Duplik vom 26. Januar 2009 (act. G 28) hält die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.



Erwägungen:

1.

Im Einsprache-Entscheid vom 13. Mai 2008 verneinte die Beschwerdegegnerin, dass die nach dem 5. Juni 2001 geltend gemachten Beschwerden unfalladäquat seien. Auf eine Rückforderung der bis 30. September 2006 ausbezahlten Geldleistungen verzichtete sie indessen (UV-act. 186). Zu prüfen ist damit die Frage, ob diese Leistungseinstellung zu Recht erfolgt ist. Mit Verfügung vom 3. April 2007 hat die Beschwerdegegnerin auch über das der der Beschwerdeführerin bis zum 30. September 2007 noch zustehende Taggeld abgerechnet. Da die Beschwerdeführerin mit der Höhe des Taggeldes nicht einverstanden ist, bildet die Taggeldberechnung bis zum Einstellungszeitpunkt ebenfalls Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens. Da die Beschwerdeführerin weder in der Verfügung vom 3. April 2007 noch im Einsprache-Entscheid vom 13. Mai 2008 den Anspruch auf eine Invalidenrente oder eine Integritätsentschädigung materiell geprüft hat, stellen diese Rechtsverhältnisse hingegen nicht Streitgegenstand dar. Deshalb ist auf die entsprechenden Anträge nicht einzutreten.

2.

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Bei Rückfällen und Spätfolgen erbringt die Unfallversicherung gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) ebenfalls Versicherungsleistungen. Diese Ereignisse werden gleich beurteilt wie der versicherte Grundfall. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Unfallfolge, so dass es zur erneuten ärztlichen Behandlung, möglicherweise sogar zu einer (zusätzlichen) Arbeitsunfähigkeit kommt (BGE 118 V 296 E. 2c).

2.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die



Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der diesen Instanzen obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden haben. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt dabei für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1; BGE 119 V 335 E. 1; BGE 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Weiter ist das Vorhandensein des adäquaten Kausalzusammenhangs zu prüfen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 456 E. 5a mit Hinweisen). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 3a).

2.3 Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne Weiteres zu bejahen (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 127 V 102 E. 5b/bb, mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei der wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergibt die Abklärungen dagegen, dass die versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Bild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 E. 6c/aa für Unfälle mit



psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend, andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 E. 6a festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 E. 10.3 modifizierten Kriterien (BGE 127 V 102 E. 5b/bb). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Zu präzisieren bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen anwendbar ist, wenn und soweit sich deren Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 17. August 2004, U 243/03; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369).

3.

Aus den Akten geht hervor, dass die von der Beschwerdeführerin ab dem 13. März 2002 geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen unfallkausalen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer unfallkausaler struktureller Veränderungen erklärbar sind. Die nach dem Unfall am Kantonalen Spital Uznach angefertigten Röntgenaufnahmen vom 5. Januar 2001 zeigten keine posttraumatische ossäre Läsionen (UV-act. 7). Das CT der Halswirbelsäule vom 9. Januar 2001 zeigte eine Schonhaltung und eine ungleichmässige Weichteilverdichtung der tiefen Nackenmuskulatur, jedoch keine posttraumatischen ossären Veränderungen der intakten HWS C1 bis C7. Ferner zeigten sich keine Muskelhämatome, subfaszialen Hämatome oder paravertebralen Hämatome (UV-act. 7). Das CT des Thorax vom 9. Januar 2001 zeigte eine ödematöse Strukturverdichtung der Thoraxwand links lateral im Bereich des Muskulus serratus anterior und Obliquus externus, im Übrigen jedoch keine auffälligen Befunde (UV-act. 8). Ein im medizinischen Zentrum Bad Ragaz durchgeführtes MRI HWS/BWS vom 20. März 2002 zeigte eine diskreteste Keilwirbelbildung einzelner HWK und vor allem der BWK, jedoch keine aktive Knochenmarkspathologie, im Bereich des zervikothorakalen Übergangs keine



Nervenwurzelkompression und keine paravertebrale Pathologie (UV-act. 35). In seinem Gutachten vom 2. November 2004 (UV-act. 90) führt Dr. D.\_\_\_\_, der die Beschwerdeführerin am 26. Oktober 2004 in seiner Praxis untersucht hatte, zur Frage, ob die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einem objektivierbaren organischen Substrat, einem organisch objektivierbaren Funktionsausfall oder einer anderen organisch nachweisbaren Störung zugeordnet werden können, wörtlich aus: "Radiologisch und kernspintomographisch kann kein organisches Substrat objektiviert werden. In den Funktionsaufnahmen der HWS finden wir jedoch als organisch nachweisbaren Funktionsausfall ebenso in der klinischen Untersuchung eine Störung des Bewegungsablaufs, dem die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zugeordnet werden können". Dieser Funktionsausfall, der sich in einer Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule vor allem in der Flexion äussere, lasse sich mit der traumatisch verursachten Muskelschädigung und Störung der Bewegungskoordination erklären. Die subjektiven Beschwerden könnten zumindest was Nackenbeschwerden, Auftreten von Schwindel, Verlangsamung und Konzentrationsstörungen anbelange, durch die klinische Untersuchung objektiviert werden (S. 5). Diesen Ausführungen ist indessen entgegenzuhalten, dass Bewegungseinschränkungen der HWS nach höchstrichterlicher Rechtsprechung kein klar fassbares organisches Substrat darstellen (vgl. Urteil des EVG vom 3. August 2005, U 9/05, E. 4; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2007, U 328/06, E. 5.2). Im Bereich der Brustwirbelsäule wurden im Gutachten der Schulthess-Klinik vom 26. Juli 2007 radiologisch nachweisbare Costotransversalarthrosen primär Th10 rechtsbetont, geringer auch Th7-9 festgestellt (IV-act. 4 – 147/203). Eine traumatische Genese dieser Beschwerden wird als möglich, aber nicht als überwiegend wahrscheinlich eingestuft (IV-act. 4 – 149/203). Aus den vorangehenden Ausführungen ergibt sich somit, dass kein mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausales organisches Substrat im Sinn der genannten Rechtsprechung besteht, das die gesundheitlichen Leiden der Beschwerdeführerin erklären könnte.

4.

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



funktionelle Ausfälle verschiedener Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma, eine Distorsion der HWS oder ein Schädel-Hirntrauma 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 363 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt – wie dies konkret der Fall ist – kein fassbarer pathologischer (unfallbedingter) Befund an der HWS vor, muss für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffusen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Affektlabilität, Depressionen, Wesensveränderungen usw. vorliegen (BGE 117 V 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 379 E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007, U 215/05 und vom 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 – bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von 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 Die Beschwerdeführerin gab anlässlich einer polizeilichen Befragung vom 19. Januar 2001 zu Protokoll: "Bevor es mit dem herannahenden Personenwagen zu einer Kollision kam, machte ich einen Sprung in die Luft. Ich stützte mich dann mit beiden Händen auf der Motorhaube ab. Dann wurde ich nach hinten geschleudert und schlug mit dem Gesäss/Rücken und dem Hinterkopf auf dem Asphalt auf. Ich kam dann halb auf dem Trottoir halb auf der Fahrbahn zu liegen" (UV-act. 15). Aufgrund des von der Beschwerdeführerin glaubhaft geschilderten Unfallmechanismus, der auch von anderen Zeugen bestätigt wird, erscheinen die vom Kantonalen Spital Uznach gestellten Diagnosen einer Commotio cerebri und eines HWS-Distorsionstraumas (UV-act. 9 und 11) nachvollziehbar. Die Diagnose einer Commotio cerebri wurde von Prof. Dr. G. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ mit Gutachten vom 26. Juli 2007 zwar wieder in Frage gestellt,



weil nach dem Unfall keine Bewusstseinsstörung und keine posttraumatische Amnesie bestanden habe und keine Symptome einer Commotio cerebri in der initialen Dokumentation zu finden seien (IV-act. 4 – 148/203). Angesichts dessen, dass die von Prof. Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ geäusserten Zweifel einen mehr als sechs Jahre zurückliegenden Zustand beschlagen und sie die schlüssigen echtzeitlichen medizinischen Feststellungen des Kantonalen Spitals Uznach nicht zu erschüttern vermögen, ist auf die echtzeitlich erhobenen Diagnosen abzustellen. Aus dem Austrittsbericht des Kantonalen Spitals Uznach vom 23. Januar 2001 (UV-act. 11) ergibt sich ferner, dass die Beschwerdeführerin Schmerzen im Bereich von Nacken, Hinterkopf und Unterschenkel links angab. Somit sind unmittelbar nach dem Unfall Nacken- und Kopfschmerzen dokumentiert. Die Beschwerdegegnerin anerkennt denn auch im angefochtenen Einsprache-Entscheid gestützt auf die medizinische Aktenlage ausdrücklich, dass nebst diesen Schmerzen auch Schwindel, Übelkeit, Störungen der Konzentration, Vergesslichkeit, Verlangsamung, Ermüdbarkeit sowie eine Sehstörung, mithin das typisch bunte Beschwerdebild nach einem HWS-Distorsionstrauma vorgelegen hat (act. G UV-act. 186, S. 12).

4.3 Die Beschwerdeführerin wurde am 26. Oktober 2004 durch Dr. D.\_\_\_\_ untersucht. Im Gutachten vom 2. November 2004 (UV-act. 90) diagnostizierte er eine posttraumatische Zervikobrachialgie links (M48.32) mit intermittierender Radikulopathie C7 links (S. 5). Gemäss den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin litt sie zu diesem Zeitpunkt vor allem an starkem Schwindel, hatte erhebliche Konzentrationsprobleme, fühlte sich stark verlangsamt und vergesslich und klagte über Koordinationsstörungen. Zudem beklagte sie Nackenschmerzen, ausstrahlend in den linken Arm, teilweise auch in den Kopf und den Brustkorb. Thoraxschmerzen seien in den letzten Monaten weniger häufig aufgetreten. Zur Unfallkausalität führt Dr. D.\_\_\_\_ aus: "Die heute festzustellende Beeinträchtigung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 05.01.01 zurückzuführen. Die Beschwerden sind seit dem Unfall in Qualität durchgehend und unverändert vorhanden, lediglich das Ausmass der Beschwerdeintensität hat seit dem Unfall geändert. Vor dem Unfall war die Patientin beschwerdefrei und voll leistungsfähig. Im Unfallzeitpunkt wie auch heute lassen sich keine degenerativen Veränderungen, welche ähnliche Nackenbeschwerden verursachen könnten, nachweisen" (S. 5 f.). Die Beschwerdegegnerin legte das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ ihrem beratenden Arzt Dr. C.\_\_\_\_ vor. Dieser erklärt mit



Stellungnahme vom 17. März 2005 (UV-act. 95): "Das Gutachten geht meines Erachtens in Ordnung. Die Kausalität der Beschwerden im Nacken/Armbereich sehe ich als gegeben an. Nicht beurteilen kann ich die erwähnte Verlangsamung mit Verdacht auf Hirnfunktionsstörung." In der Folge wurde die Beschwerdeführerin in der Rheinburg-Klinik, Ambulatorium St. Gallen, neuropsychologisch abgeklärt. Mit Bericht vom 2. Juni 2005 (UV-act. 103) diagnostizieren E.\_\_\_\_, Dipl. Psych. und Dr. med. F.\_\_\_\_ ein chronisches Schmerzsyndrom zervikothoraco-brachial linksbetont bei Status nach Kontusionstrauma im Januar 2001 mit wahrscheinlichem HWS-Distorsionstrauma und eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung unklarer Genese. Aus der Anamnese, dem Verhalten und den Testergebnissen ergäben sich Hinweise, dass die erhobenen schwachen Testleistungen vermutlich keine hirnorganisch bedingte Leistungsschwäche reflektierten. Als leistungsmindernde Einflussfaktoren kämen v.a. die chronifizierte Schmerzsymptomatik, eine evtl. vorliegende depressive Störung mit Antriebsmangel sowie eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft in der Testsituation in Frage. Dr. C.\_\_\_\_, dem die Beschwerdegegnerin die neuropsychologische Beurteilung vorlegte, führt mit Stellungnahme vom 30. Juni 2005 (UV-act. 105) aus: "Es ist richtig, dass die neuropsychologische Untersuchung keine hirnorganische Leistungsschwäche aufzeigen konnte. Als Gründe für die gefundene Einschränkung wurden die chronifizierte Schmerzsymptomatik, eine eventuelle depressive Störung mit Antriebsmangel oder eine fehlende Motivation bei der Testsituation aufgeführt. Man darf davon ausgehen, dass Frau O.\_\_\_\_ zum Zeitpunkt des Unfalls voll leistungsfähig war und dass man keine Hinweise hatte, dass damals eine psychische Vorschädigung vorlag. Man muss deshalb die Unfallkausalität der heute noch vorhandenen Symptomatik als gegeben betrachten." Gestützt auf diese ärztlichen Beurteilungen hat die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 20. Juli 2005 (UV-act. 107) die natürliche Unfallkausalität der geklagten Beschwerden explizit anerkannt und in der Folge unter dem Titel Taggelder/Heilungskosten eine Akontozahlung von Fr. 65'000.-- geleistet (vgl. UV-act. 120). Die natürliche Unfallkausalität der im Jahr 2004/2005 geklagten Beschwerden muss deshalb und mit Blick auf das typische Beschwerdebild (vgl. vorstehende E. 4.2) bejaht werden.

4.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Weil es



sich dabei um eine leistungsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des EVG vom 15. Oktober 2003, U 154/03, E. 2.1; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Vorliegend ergibt sich nicht aus den Akten, dass die einmal anerkannte natürliche Kausalität zwischen dem Unfall und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin weggefallen wäre. Im Gegenteil geht aus dem Ergänzungsgutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2006 (UV-act. 135) hervor, dass die Beschwerden seit Oktober 2004 praktisch unverändert seien. Da somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, dass ab dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. September 2006 keine Unfallfolgen mehr bestehen, ist auch nach diesem Datum vom Fortbestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen. Dem entspricht, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einsprache-Entscheid ihre Leistungen nicht mangels natürlicher, sondern lediglich mangels adäquater Kausalität eingestellt hat (UV-act. 186).

5.

Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass es bereits für die ab Mai 2002 geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden am Erfordernis der adäquaten Kausalität fehle (UV-act. 186, S. 18).

5.1 Nach bundesgerichtlicher Praxis (BGE 134 V 109) ist die Adäquanzprüfung bei Schleudertraumaverletzungen im Zeitpunkt des Fallabschlusses vorzunehmen. Dem Gesetz lässt sich nicht entnehmen, zu welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer den Fall abschliessen und die Heilbehandlungen und Taggelder einstellen darf. Dieser Zeitpunkt ergibt sich jedoch aus Art. 19 Abs. 1 UVG, wonach der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin. Nach konstanter Rechtsprechung bedeutet dies, der Versicherer hat die



Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1). Eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. "Namhaft" bedeutet, dass die Besserung ins Gewicht fallen muss und unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 109 E. 4.3).

5.2 Es ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Adäquanz bereits für die ab Mai 2002 geltend gemachten Beschwerden zu Recht verneint hat. Entgegen der von der Beschwerdegegnerin vertretenen Auffassung sind die Adäquanzkriterien jedoch auf den Einstellungszeitpunkt, d.h. den 30. September 2006 hin, zu prüfen. Wenn sie geltend macht, bei der Adäquanzprüfung sei in zeitlicher Hinsicht einzig auf den Sachverhalt bis zum erstmaligen Fallabschluss im Sommer 2001 abzustellen, setzt sie sich in Widerspruch zu ihrer ausdrücklichen Anerkennung der natürlichen Kausalität der ab dem 13. März 2002 aufgetretenen Beschwerden, die zudem von verschiedenen Ärzten bejaht wird. Die Beschwerdegegnerin argumentiert, aus ihrer Anerkennung der natürlichen Kausalität mit Schreiben vom 20. Juli 2005 dürfe nicht automatisch auf eine Anerkennung auch des adäquaten Kausalzusammenhangs geschlossen werden. Damit verkennt sie die Bedeutung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Adäquanzprüfung bei "Schleudertrauma"-Verletzungen, wonach eine gesonderte Adäquanzprüfung erst verlangt und auch erst möglich ist, wenn Dauerleistungen (Rente, Integritätsentschädigung) zur Diskussion stehen. Vor diesem Zeitpunkt geht die Bejahung der natürlichen Kausalität mit derjenigen der adäquaten Kausalität einher. Demnach ist bis zum Zeitpunkt der per 30. September 2006 vorgenommenen Adäquanzprüfung sowohl die natürliche wie auch die adäquate Kausalität als gegeben zu betrachten und eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bis zum 30. September 2006 zu bejahen.

6.



Damit bleibt zu prüfen, ob auch für die Zeit nach dem 30. September 2006 die von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden adäquat unfallkausal sind, was die Beschwerdegegnerin anhand der Vornahme einer gesonderten Prüfung verneint. Die Beschwerdeführerin bestreitet die Notwendigkeit einer gesonderten Adäquanzprüfung, weil bei ihr ein organisches Substrat objektiviert werden könne. Es wurde jedoch bereits ausgeführt, dass bei der Beschwerdeführerin kein organisches Substrat im Sinn der bundesgerichtlichen Rechtsprechung diagnostiziert wurde (vorstehende E. 3). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist eine gesonderte Prüfung der Adäquanz deshalb nicht entbehrlich.

6.1 Dr. D.\_\_\_\_ führt in seinem Ergänzungsgutachten vom 11. Juli 2006 aus, dass aus orthopädischer Sicht von einem Endzustand gesprochen werden könne. Durch eine medizinische Behandlung könne höchstens der heutige Zustand stabilisiert und allenfalls in geringem Ausmass die Lebensqualität verbessert werden (UV-act. 135, Ziff. 6a). Da somit von einer ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes im Sinn einer erheblichen Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten wäre, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fall per 30. September 2006 abgeschlossen. Daran ändert auch die Beurteilung durch Prof. Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten vom 26. April 2007 nichts, wonach es nicht ausgeschlossen sei, dass die von ihnen empfohlene Rehabilitation auch zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen könnte (IV-act. 4 – 153/203). Die Gutachter bringen durch die Aussage, eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei "nicht ausgeschlossen" selbst zum Ausdruck, dass sie eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit als nicht sehr wahrscheinlich einstufen. Da die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zudem namhaft sein müsste, ist der Fallabschluss per 30. September 2006 auch unter Berücksichtigung der genannten gutachterlichen Einschätzung nicht zu beanstanden.

6.2 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Rahmen einer gesonderten Adäquanzprüfung ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und



schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dabei müssen die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.1; BGE 117 V 359 E. 6, mit Hinweisen). Als in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehende Kriterien nennt die Rechtsprechung (BGE 134 V 109 E. 10.3) abschliessend: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; erhebliche Beschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

6.3 Das Bundesgericht hat in einem neueren Urteil einen Unfall, bei dem eine Fussgängerin von einem Auto mit einer Geschwindigkeit von 50 km/h angefahren wurde, Frakturen sowie multiple Kontusionen erlitt und anschliessend für sieben Stunden bewusstlos war, als mittelschweren Unfall qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Mai 2007, U 228/06, E. 3.4). Ebenfalls als mittelschwer wurde ein Unfall qualifiziert, bei dem eine Fussgängerin auf dem Fussgängerstreifen angefahren wurde und eine Commotio cerebri, eine HWS-Distorsion und eine Kontusion der rechten Schulter erlitt (Urteil des EVG vom 5. Oktober 2006, U 385/05, E. 4). Vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung ist das vorliegende Ereignis als mittelschwerer Unfall einzustufen.

6.4

6.4.1 Was das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls oder der dramatischen Begleitumstände anbelangt, so hat die höchstrichterliche Rechtsprechung dieses Kriterium etwa bei einem Fall verneint, in dem die Versicherte



innerorts und in der Nähe eines Rotlichts angefahren wurde, wobei sie das Auto nicht kommen sah (Urteil des EVG vom 5. Oktober 2006, U 385/05, E. 4). Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung ist vorliegend ebenfalls nicht von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit auszugehen. Die Bewertung des Unfalls hat aus objektiver Sicht zu erfolgen. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin Angst hatte, ihre Mutter würde überfahren, begründet aus objektiver Sicht keine besondere Eindrücklichkeit oder besonders dramatische Begleitumstände, da die Mutter der Beschwerdeführerin beim Unfall nicht verletzt wurde.

6.4.2 Der Unfall hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge, ist mithin verhältnismässig glimpflich ausgegangen. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen können, wie etwa eine besondere Körperhaltung im Unfallzeitpunkt (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin neben einer HWS-Distorsion zusätzlich eine Commotio cerebri erlitten hat, vermag für sich allein das Kriterium der besonderen Schwere bzw. der besonderen Art der erlittenen Verletzung nicht zu begründen (vgl. Urteil des EVG vom 27. April 2006, U 393/05, E. 8.2.1). Die Beschwerdeführerin bringt vor, sie habe gemäss den medizinischen Akten ein Polytrauma erlitten (vgl. etwa UV-act. 7 f. und 23). Ein Polytrauma wird definiert als schwere Mehrfachverletzung, d.h. gleichzeitig entstandene Verletzung mehrerer Körperregionen oder Organsysteme, wobei wenigstens eine Verletzung oder die Kombination mehrerer lebensbedrohlich ist (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, 2004, Stichwort Polytrauma). Aus den Akten ergibt sich jedoch, dass die Verletzungen der Beschwerdeführerin nicht lebensbedrohlich waren. So ist insbesondere im Austrittsbericht des Kantonalen Spitals Uznach vom 23. Januar 2001 (UV-act. 11) lediglich von multiplen Kontusionen (Prellungen, Quetschungen), einem HWS-Distorsionstrauma und einer Commotio cerebri die Rede. Der Begriff Polytrauma findet sich einzig in den Berichten der Radiologie des Kantonalen Spitals Uznach, wo unter Indikation von einem Status nach Polytrauma mit multiplen Kontusionen die Rede ist (UV-act. 7 und 8) und wird in der



Folge von Dr. B.\_\_\_\_ unbesehen übernommen. Auch aus dem Polizeirapport (UV-act. 15) ergibt sich, dass das Kantonale Spital Uznach nach Rücksprache der Polizei mitteilte, dass die Verletzungen der Beschwerdeführerin nicht gravierend seien. Der Begriff "Polytrauma" wurde somit offensichtlich nicht in seiner medizinisch korrekten Bedeutung verwendet. Das Kriterium ist deshalb nicht erfüllt.

6.4.3 Zum Kriterium der fortgesetzt spezifischen belastenden ärztlichen Behandlung ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin vom 5. bis zum 16. Januar 2001 stationär im Kantonalen Spital Uznach behandelt wurde. Danach folgte ein stationärer Aufenthalt vom 16. Januar bis zum 2. Februar 2001 in Bad Ragaz. Die Therapie in Bad Ragaz wurde in der Folge ambulant weitergeführt mit mehreren Terminen pro Woche. Bis im Dezember 2001 besuchte die Beschwerdeführerin noch eine medizinische Bewegungstherapie. Nach dem Rückfall im März 2002 begab sie sich erneut in Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ und wandte sich zusätzlich verschiedenen alternativmedizinischen Behandlungsmethoden zu, deren Kosten sie selbst übernahm. Insgesamt ist jedoch keine fortgesetzte und belastende ärztliche Behandlung ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin macht jedoch geltend, eine weiterführende ärztliche Behandlung habe einzig wegen der Untätigkeit der Beschwerdegegnerin nicht stattgefunden. Dieser Einwand ist jedoch im Rahmen des Kriteriums der ärztlichen Fehlbehandlung zu prüfen. Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist deshalb vorliegend nicht als gegeben zu betrachten.

6.4.4 Beim Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich die Erheblichkeit nach den glaubhaften Beschwerden und der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person in ihrem Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin gibt unter Anderem an, ständig unter Schmerzen zu leiden, wobei jede Belastung zu einer Schmerzvermehrung im Nacken ausstrahlend in den linken Arm und in den Thorax nach links bis zum Brustbein führe. Zudem leide sie nach eigenen Angaben unter Schwindel, habe Konzentrationsstörungen und Mühe mit dem Lesen. Weiter führten die kleinsten Erschütterungen, wie sie z.B. beim Gehen in unebenem Gelände auftreten würden, zu Schwindel (vgl. etwa UV-act. 90, 103, 135, IV-act. 4 – 141 ff./203). Die Beschwerdeführerin hat inzwischen gelernt, mit den Schmerzen zu leben und ihre Bewegungen und Aktivitäten so anzupassen, dass Schwindelattacken nur noch selten auftreten. Es ist ihr ferner trotz geklagter



unfallbedingter Beschwerden grundsätzlich möglich, gelegentlich ins Fitnesscenter zu gehen und "Walking" auszuüben - wobei diese Tätigkeiten wegen einer unfallfremden Kehlkopftzündung nicht mehr ausgeübt werden (vgl. Gutachten Dr. D.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2006, S. 2, UV-act. 135; vgl. zum zweimal wöchentlich stattfindenden Schwimmen, UV-act. 103). Sie ist auch in der Lage, Auto zu fahren, wenn auch - nach eigenen Angaben - nicht mehr lange Strecken (UV-act. 103). Die vorliegend zu beurteilende Beeinträchtigung des Lebensalltags ist daher nicht als erheblich im Sinn des Kriteriums (der erheblichen Beschwerden) zu bezeichnen.

6.4.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht nachgewiesen. Die Beschwerdeführerin macht jedoch geltend, dass die Beschwerdegegnerin durch die schleppende Bearbeitung des Falles zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes beigetragen habe, was nach höchstrichterlicher Rechtsprechung einer ärztlichen Fehlbehandlung gleichzusetzen sei (vgl. Urteil des EVG vom 13. November 2006, U 284/06, E. 3.5). Tatsächlich vergingen vom Wiederauftreten der Beschwerden im März 2002 bis zur ersten Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ im Jahr 2004 mehr als zwei Jahre, während derer die Beschwerdeführerin nicht ärztlich behandelt wurde. In seinem Gutachten vom 2. November 2004 betrachtete Dr. D.\_\_\_\_ den medizinischen Endzustand als noch nicht erreicht und empfahl neben einer neuropsychologischen Abklärung und allfälligen Behandlung eine intermittierende Ruhigstellung des Nackens und ein dann mögliches intensiveres isometrisches Krafttraining der Nackenmuskulatur und oberen Rumpfmuskulatur, wodurch aus seiner Sicht eine namhafte Besserung der Nackenbeschwerden erzielt werden könnte (UV-act. 90, S. 8). Im neuropsychologischen Gutachten der Rheinburg-Klinik vom 2. Juni 2005 (UV-act. 103) und in der Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2005 (UV-act. 105) wurde eine stationäre interdisziplinäre Behandlung zur Verbesserung der Schmerzsymptomatik und psychischen Stabilisierung empfohlen. Mit Schreiben vom 20. Juli 2005 schlug die Beschwerdegegnerin eine 3-wöchige stationäre Rehabilitation in der Klinik Valens vor (UV-act. 107). Mit Schreiben vom 25. August 2005 (UV-act. 110) und vom 12. Oktober 2005 (UV-act. 113) teilte die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin mit, sie wäre zu einer weiteren Behandlung bzw. Rehabilitation bereit, allerdings lieber ambulant und nicht stationär. Trotz schriftlicher Beanstandung am 6. Dezember 2005 (UV-act. 116) fand erst am 20. Januar 2006 ein Gespräch mit dem Schadeninspektor statt, bei dem sich die Beschwerdeführerin wiederum für eine stationäre Behandlung in



Valens nicht motiviert zeigte (UV-act. 121). Im Ergänzungsgutachten vom 11. Juli 2006 (UV-act. 135) kommt Dr. D.\_\_\_\_ zum Schluss, dass von einer Weiterführung der Heilbehandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden könnte (Ziff. 6a). Zur Frage, ob sich die seit längerer Zeit nicht mehr durchgeführte medizinische Behandlung negativ auf den Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgewirkt hat, führt er aus, die in den letzten zwei Jahren fehlende medizinische Behandlung habe sich nicht negativ auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt (Ziff. 7b). Aus den Akten ergibt sich, dass es vor allem bis zur ersten Begutachtung zu erheblichen Verzögerungen seitens der Beschwerdegegnerin kam. Andererseits hat auch die Beschwerdeführerin ohne ersichtlichen Grund die von der Beschwerdegegnerin vorgeschlagene stationäre Rehabilitation in Valens verweigert. Unter diesen Umständen beruhte die Verzögerung in der Fallbearbeitung - nicht nur, aber immerhin - in nicht unbeträchtlichen Teilen auf dem Verhalten der Beschwerdeführerin selbst, weshalb der Vorwurf nicht begründet ist, die teilweise der Beschwerdegegnerin anrechenbaren Verzögerungen in der Fallbearbeitung kämen einer ärztlichen Fehlbehandlung gleich. Ohnehin, und das scheint vorliegend entscheidend, fehlt es an klaren Anhaltspunkten dafür, dass die längere Fallbearbeitung durch die Beschwerdegegnerin zu einer Verfestigung oder gar Verschlimmerung des Gesundheitsschadens geführt habe.

6.4.6 Von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen ist vorliegend nicht auszugehen. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden. Hierzu bedarf es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06, E. 4.3.2 und vom 10. Juli 2008, 8C\_61/2008, E. 7.6). Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums (Urteil des EVG vom 6. März 2006, U 219/05, E. 6.4.2 mit Hinweisen). Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine Arbeitsfähigkeit erreicht werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2007, U 503/06, E. 7.6.). Besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben, sind vorliegend nicht gegeben. Eine erhebliche Erschwerung der Behandlung kann insbesondere nicht im Umstand erblickt werden, dass die Beschwerdeführerin auf verschiedene Analgesiemittel allergisch ist, zumal



trotzdem eine entsprechende medikamentöse Behandlung nicht ausgeschlossen war und aus den Akten keine - zumindest keine erheblichen - allergischen Reaktionen hervorgehen. Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass sich ihre Beschwerden längst chronifiziert hätten (act. G 1, Ziff. 53, S. 57, unten). Eine Chronifizierung von Beschwerden genügt rechtsprechungsgemäss (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Mai 2009, 8C\_29/2009, E. 4.2 mit Hinweisen) jedoch nicht zur Bejahung des Kriteriums. Nach dem Gesagten sind sowohl das Vorliegen eines schwierigen Heilungsverlaufs als auch das Vorliegen von erheblichen Komplikationen zu verneinen.

6.4.7 Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen setzt voraus, dass die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Willen erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 mit Hinweisen). Nach dem Unfall vom 5. Januar 2001 bestand bis zum 4. März 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, vom 5. März bis zum 20. März 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 75% und vom 21. März bis zum 10. Juni 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (UV-act. 23). Ab dem 10. Juni 2001 bestand wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100% (UV-act. 25). Nach dem Rückfall vom 13. März 2002 bestand gemäss Dr. B.\_\_\_\_ bis zum 7. April 2002 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% und ab dem 8. April 2002 von 50% (UV-act. 35). Nach dem Rückfall sind in den Akten keine ernsthaften Arbeitsversuche mehr belegt. Während aus Sicht von Dr. D.\_\_\_\_ seit dem Unfall eine Arbeitsunfähigkeit von 100% angenommen werden müsste und dies sowohl in der angepassten als auch in einer Ausweichtätigkeit (UV-act. 90, S. 6 f.), kommen Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ zum Schluss, in einer angepassten, körperlich nicht



belastenden Tätigkeit bestünde eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 4 – 150 ff./203). Das Gutachten G.\_\_\_\_/H.\_\_\_\_ wurde nach dem Fallabschluss erstellt. Seit dem Rückfall vom 13. März 2002 bis zum Fallabschluss am 30. September 2006 wird demgegenüber von allen Ärzten eine zumindest teilweise Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Die Beschwerdeführerin hat auch vom 8. April 2002 bis zum Einstellungszeitpunkt am 30. September 2006 für die Taggeldberechnung durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 50% akzeptiert (UV-act. 11, S. 4). Es fragt sich lediglich, ob die Beschwerdeführerin auch in diesem Zeitraum die nötigen Anstrengungen zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit unternommen hat, zumal bei einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt werden muss (vgl. Art. 6 ATSG). Die im Rahmen des Kriteriums geforderten erheblichen Anstrengungen sind vorliegend nicht erfüllt. Zwar verweist die Beschwerdeführerin auf eine abschlägige Antwort einer potenziellen Arbeitgeberin vom 29. Dezember 2003 (act. G 1/116; vgl. act. G 1 Ziff. 56, S. 60) auf einen von ihr vorgenommenen Bewerbungsveruch. Indessen fehlt es an weiteren Nachweisen für Arbeitsbemühungen, vor allem für die Zeit nach dem 13. März 2002. Die Beschwerdeführerin benennt denn in ihrer Darstellung (act. G 1, Ziff. 52, S. 60 mit Verweis auf Ziff. 9 bis 13) nebst einem gescheiterten Versuch, stundenweise Kleinkinder zu betreuen (act. G 1, Ziff. 13, S. 17), auch keine weiteren konkreten, ernsthaften Arbeitsbemühungen. Vor dem Hintergrund nicht ausgewiesener ernsthafter Bemühungen für die Aufnahme einer angepassten Tätigkeit ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit - wenn überhaupt - höchstens in nicht sehr ausgeprägter Weise erfüllt.

6.4.8 Zusammenfassend ist bei einem als mittelschwer zu qualifizierenden Unfallereignis höchstens ein Adäquanzkriterium (Arbeitsunfähigkeit) erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs muss deshalb ab dem 30. September 2006 (Zeitpunkt der gesonderten Adäquanzprüfung; vgl. vorstehende E. 5.2) verneint werden. Die Leistungseinstellung auf dieses Datum hin ist demnach nicht zu beanstanden.

7.



Aus den vorangehenden Erwägungen ergibt sich, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 5. Januar 2001 und den gesundheitlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin (erst) ab dem 30. September 2006 zu verneinen ist und ab diesem Zeitpunkt keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mehr besteht.

8.

8.1 Der Anwalt der Beschwerdeführerin rügt weiter die Berechnung der bis zum 30. September 2006 geschuldeten Taggeldleistungen. Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für die Periode vom 13. März 2002 bis zum 7. April 2002 ein Taggeld in der Höhe von Fr. 65.23 und gestützt auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50% für den Zeitraum vom 8. April 2002 bis zum 30. September 2006 ein Taggeld von Fr. 32.62 ausgerichtet. Sie ist dabei vom in der Rückfallmeldung vom 27. Mai 2002 (UV-act. 34) angegebenen versicherten monatlichen Verdienst von Fr. 2'480.-- ausgegangen. Sie stützte sich bei der Festsetzung der Taggelder auf die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_. Nach Abzug einer Akontozahlung von Fr. 65'000.-- ergab sich ein Guthaben zu Gunsten der Beschwerdeführerin von Fr. 2'621.--. Die Berechnung der Taggelder ist nach den massgeblichen Bestimmungen (Art. 25 Abs. 3 und Anhang 2 UVV) nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin macht jedoch geltend, gestützt auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ sei ab dem 13. März 2002 bzw. spätestens ab dem 26. April 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ausgewiesen und deshalb ein volles Taggeld auszurichten. Zudem sei sie als im Betrieb mitarbeitendes Familienmitglied im Sinne von Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV zu qualifizieren, so dass als versicherter Verdienst der berufs- und ortsübliche Lohn von Fr. 61'272.-- heranzuziehen sei (act. G 1, Ziff. 64). Selbst wenn sie nicht als mitarbeitendes Familienmitglied zu qualifizieren wäre, ergäbe sich auch aufgrund von Art. 23 Abs. 7 UVV ein höherer versicherter Verdienst (act. G 1, Ziff. 66). Die Beschwerdegegnerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, die strittige Frage nach der Höhe des versicherten Verdienstes ab Mai 2002 müsse nicht beantwortet werden. Mangels Adäquanz hätten unter dem Titel Rückfall ohnehin keine Leistungen erbracht werden müssen. Gemäss BGE 130 V 380 könne der Unfallversicherer die durch Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen



Revision einstellen mit der Begründung, bei richtiger Betrachtungsweise liege gar kein versichertes Ereignis vor. Aus den zu Unrecht erbrachten Taggeldleistungen könne die Beschwerdeführerin deshalb nichts zu ihren Gunsten ableiten (UV-act. 186, S. 18).

8.2 Aus den vorangehenden Darlegungen (vgl. zusammenfassend E. 7) ergibt sich, dass die natürliche und adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und den seit der Rückfallmeldung im Frühjahr aufgetretenen Beschwerden bis zum 30. September 2006 gegeben ist und die vorgenommenen Taggeldzahlungen rechtmässig sind. Die Argumentation der Beschwerdegegnerin, die unter dem Titel Rückfall erbrachten Leistungen seien zu Unrecht erfolgt, ist deshalb nicht haltbar. Entgegen dem Standpunkt der Beschwerdegegnerin, ist die Taggeldberechnung bis zum 30. September 2006 deshalb zu überprüfen. Rechtskräftig sind allerdings die im Jahr 2001 abgerechneten Taggelder. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist es im Bereiche der obligatorischen Unfallversicherung zulässig, die Kosten für Heilbehandlungen zu übernehmen und Taggelder auszurichten, ohne eine formelle Verfügung zu erlassen (sogenanntes De-facto-System; BGE 132 V 412 E. 2.1). Die betroffene Person kann jedoch den Erlass einer Verfügung verlangen (vgl. Art. 51 Abs. 2 ATSG). Diese Rechtslage galt bereits vor dem Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 (vgl. BGE 132 V 412 E. 2.1). Auch formlose Entscheide erwachsen nach spätestens einem Jahr in Rechtskraft (vgl. BGE 134 V 145). Die für den Grundfall im Jahr 2001 abgerechneten Taggelder können deshalb nicht mehr angefochten werden. Für die für den Rückfall abgerechneten Taggelder wurde bereits im Jahr 2006 eine Akontozahlung von Fr. 65'000.-- geleistet (UV-act. 120). Da die definitive Abrechnung jedoch erst mit Verfügung vom 7. April 2007 erfolgte, sind die Taggelder für den Rückfall für die Dauer vom 13. März 2002 bis 30. September 2006 anfechtbar und im Nachfolgenden zu überprüfen.

8.3 Die Versicherte führte zusammen mit ihrem Ehemann seit Dezember 2000 das Alters- und Pflegeheim A.\_\_\_\_ als Heimleiterehepaar. Sie hat dabei in den Jahren 1999 und 2000 für ein Pensum von 25 Wochenstunden lediglich einen Monatslohn von Fr. 2'050.-- bezogen (Jahreslohn Fr. 24'600.--) und ab dem Jahr 2001 monatlich Fr. 2'100.-- (Jahreslohn Fr. 25'600.--). Dazu kamen noch Kinderzulagen von monatlich Fr. 380.-- (vgl. act. G 1.1/48 aus Verfahren IV/2008/135; UV-act. 10, 34 und 170). Die Beschwerdeführerin bringt vor, sie habe in der Startphase des Betriebes einen



aussergewöhnlich tiefen Lohn bezogen, um die Fixkosten des neu eröffneten Betriebes nicht unnötig zu strapazieren. Zudem habe sie tatsächlich erheblich mehr als 25 Stunden gearbeitet. In Anwendung von Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV sei deshalb von einem berufs- und ortsüblichen Lohn auszugehen. An ihrer letzten Stelle im Alters- und Pflegeheim I.\_\_\_\_ (Anstellung vom August 1997 bis April 1999), hatte sie bei einem Beschäftigungsgrad von 50% (bei 20,5 Wochenstunden, wobei die Arbeitszeit in den Akten nicht belegt ist) einen Jahreslohn von Fr. 50'243.05 verdient (vgl. act. G 1.1/47-50 aus Verfahren IV/2008/135). Umgerechnet auf 25 Wochenstunden sei deshalb von einem jährlichen Bruttosalar von Fr. 61'272.-- als versicherter Verdienst auszugehen (act. G 1, Ziff. 64).

8.4 Zweck von Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV "ist es, Familienmitglieder und andere mit einem Betrieb verwandtschaftlich oder persönlich eng verbundene und darin arbeitende Personen nach einem versicherten Unfall nicht entgelten zu lassen, dass sie mit Rücksicht auf ihre persönlichen und verwandtschaftlichen Bindungen keine arbeitsmarktkonforme Entlöhnung erzielen oder erzielen konnten. Zwecks Vermeidung einer Benachteiligung dieser Personen sollen deshalb die ihnen zustehenden Renten (und Taggelder) auf Grundlage einer berufs- und ortsüblichen Entlöhnung ihrer Mitarbeit im Betrieb und nicht des effektiv bezogenen, AHV-rechtlich massgebenden Lohnes berechnet werden." (RKUV 2001 Nr. U 420, S. 105; SVR-UV 2007 Nr. 39 E. 3.2.3). Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV findet vorliegend Anwendung. Das Alters- und Pflegeheim A.\_\_\_\_ wurde von ihrem Ehemann als Einzelfirma geführt. Die Beschwerdeführerin ist deshalb zweifellos als mitarbeitendes Familienmitglied im Sinne von Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV zu qualifizieren, weshalb für die Taggeldberechnung mindestens vom orts- und branchenüblichen Lohn auszugehen ist, falls der tatsächlich bezogene Lohn geringer ist. Als orts- und branchenüblicher Lohn gilt nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ein arbeitsmarktlicher Durchschnittslohn, wie er von einem anderen Arbeitgeber für dieselbe Leistung nach rein ökonomischen Gesichtspunkten bezahlt worden wäre (SVR-UV 2007 Nr. 39 E. 3.2.1). Dieser ist auf möglichst einfache Weise ohne die Mitwirkung der versicherten Person und/oder ihres Arbeitgebers anhand von Tabellenlöhnen oder Auskünften von ortsnahen Firmen, die eine vergleichbare Stelle anbieten, zu ermitteln (RKUV 2002 Nr. U 450, S. 59; SVR-UV 2007 Nr. 39 E. 3.2.1).



8.5 Der von der Beschwerdeführerin vor dem Unfall und vor dem Rückfall bezogene Lohn von Fr. 2'100.-- (exklusive Kinderzulagen) ist klar als deutlich unterdurchschnittlich und deshalb nicht als orts- und berufsüblich zu qualifizieren. Dies zeigt sich, wenn man den Lohn der Beschwerdeführerin mit Daten der Lohnstrukturerhebung 2002 vergleicht. Danach betrug der monatliche Bruttolohn bei Frauen im Bereich "Gesundheits- und Sozialwesen" für ein Vollzeitäquivalent von 40 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden für das Anforderungsniveau 1 + 2 Fr. 6'114.-- und für das Anforderungsniveau 3 Fr. 5'282.-- (LSE 2002, TA1, Position 85). Stuft man die Beschwerdeführerin in das Anforderungsniveau 3 ein, ergibt sich umgerechnet auf ein 25 Stunden-Pensum immer noch ein monatliches Einkommen von gerundet Fr. 3'301.--, was deutlich über dem von der Beschwerdeführerin erzielten Einkommen liegt. Für die Bestimmung des gemäss Art. 22 Abs. 2 lit. c UVV für die Taggeldberechnung massgeblichen versicherten Verdienstes darf jedoch nicht einfach auf das von der Beschwerdeführerin bei ihrer letzten Festanstellung erzielte Einkommen abgestellt werden. Vielmehr ist gemäss vorab zitierter Rechtsprechung von einem hypothetischen Durchschnittseinkommen auszugehen. Dabei kann nicht einfach auf die nationalen Durchschnittswerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt werden, da diese keine spezifischen Angaben zu einzelnen Berufen enthält (vgl. in verwandtem Kontext RKUV 2003 Nr. U471 S. 36 f.). Aus den Akten ergibt sich, dass sich die Beschwerdegegnerin während des laufenden Einspracheverfahrens bereits einmal mit dem früheren Arbeitgeber (Alters- und Pflegeheim I.\_\_\_\_) in Verbindung gesetzt hat zwecks Ermittlung eines ortsüblichen hypothetischen Gehalts (UV-act. 184). Der Personalverantwortliche des Altersheims I.\_\_\_\_ habe jedoch keine Akten zum Anstellungsverhältnis der Beschwerdeführerin mehr finden können (UV-act. 185). Anstatt die angefangenen Abklärungen weiter zu führen, hat sich die Beschwerdegegnerin im Einsprache-Entscheid vom 13. Mai 2008 auf den unzutreffenden Standpunkt gestellt, eine Prüfung der strittigen Frage nach der Höhe des versicherten Verdienstes erübrige sich (vgl. UV-act. 186, S. 18). Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Festlegung eines orts- und branchenüblichen Lohns für eine Heimleiterin in einem Alters- und Pflegeheim. Entsprechend der Einschätzung der Dres. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_, die in ihrem Gutachten zum Schluss kamen, dass sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit seit 15. März 2002 nicht verändert habe (IV-act. 4 - 37.23), ist zur Bestimmung der Taggeldhöhe für die Zeit der



strittigen Taggeldleistungen - 13. März 2002 bis 30. September 2006 - nach Ermittlung des zu berücksichtigenden versicherten Verdienstes von der von Dr. B.\_\_\_\_ schlüssig begründeten 50%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. UV-act. 35 und 51) auszugehen. Auf die von Dr. D.\_\_\_\_ geschätzte - nach seiner Auffassung ab dem 5. Januar 2001 ununterbrochen bestehende - 100%ige Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 135) ist nicht abzustellen, da sie mit der übrigen medizinischen Aktenlage (vgl. IV-act. 4 - 37.23; UV-act. 35 und 51), insbesondere der zwischenzeitlich von Dr. B.\_\_\_\_ ab 11. Juni 2001 bescheinigten 100%igen Arbeitsfähigkeit (UV-act. 25), sowie der ab 11. Juni 2001 begonnenen - zwischenzeitlichen - Wiederaufnahme der Arbeit (vgl. hierzu den Bericht des Schadeninspektors vom 31. August 2001; UV-act. 29) nicht zu vereinbaren ist. Dr. D.\_\_\_\_ setzte sich mit diesen von seiner Einschätzung abweichenden Verhältnisse nicht auseinander, was aber für eine schlüssige Beurteilung erforderlich wäre.

9.

9.1 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die Sache betreffend die für die Dauer vom 13. März 2002 bis 30. September 2006 geschuldeten Taggeldleistungen zur Vornahme ergänzender Abklärungen über die Höhe des versicherten Verdienstes und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit auf sie einzutreten ist.

9.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

9.3 Eine beschwerdeführende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung für die Kosten der Vertretung und Prozessführung (Art. 61 lit. g ATSG). Da die Beschwerdeführerin mit ihren Anträgen lediglich teilweise durchgedrungen ist, hat sie einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. Bei vollständigem Obsiegen wäre mit Blick auf vergleichbare Fälle eine



Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- als angemessen zu bezeichnen. Entsprechend dem Ausmass des Obsiegens von zwei Fünfteln erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als gerechtfertigt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Sache betreffend die für die Dauer vom 13. März 2002 bis 30. September 2006 geschuldeten Taggeldleistungen zur Vornahme ergänzender Abklärungen über die Höhe des versicherten Verdienstes und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'600.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.