



Fall-Nr.: UV 2009/90
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 02.04.2020
Entscheiddatum: 23.03.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 23.03.2010

Art. 6 UVG: Bejahung schleudertraumatypischer Beschwerden nach HWS-Distorsion. Aus dem Umstand, dass keine organischen Unfallfolgen vorliegen, kann bei einer HWS-Distorsion nicht auf eine Leistungseinstellung geschlossen werden. Die Beschwerdegegnerin hat den Sachverhalt im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht genügend abgeklärt. Die blosse Möglichkeit, dass die jetzigen Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, genügt für eine Leistungseinstellung nicht. Rückweisung der Streitsache zu ergänzender medizinischer Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2010, UV 2009/90).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 23. März 2010

in Sachen

S.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Speck, St. Gallerstrasse 29,
9032 Engelburg,

gegen

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



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Die 1973 geborene S.____ war bei der A.____ als Glasoperateurin tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 18. April 2008 in einen Verkehrsunfall verwickelt wurde (Suva-act. 1). Der Lenker eines vor ihr fahrenden Personenwagens bremste ab, um nach links abzubiegen. Die Versicherte musste deshalb ihren Personenwagen anhalten, worauf der Lenker des nachfolgenden Personenwagens auf das Heck ihres stehenden Personenwagens auffuhr (Suva-act. 18). Die Versicherte wurde vom Unfallort direkt ins Spital Rorschach eingewiesen, wo sie sich bis 21. April 2008 stationär aufhielt. Sie klagte über starke bis stärkste Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) mit Ausstrahlung in den Hinterkopf, Kopfschmerzen, eine Hyposensibilität im Bereich des Kinns rechtsseitig sowie über Übelkeit und Schwindel. Der Röntgenbefund ergab keine ossäre Verletzung der HWS. Im Bericht vom 21. April 2008 hielten die behandelnden Ärzte als Diagnosen ein HWS-Beschleunigungstrauma sowie den Verdacht auf eine Commotio cerebri fest. Der stationäre Aufenthalt habe sich letztlich komplikationslos gestaltet. Die Beschwerden seien deutlich rückläufig gewesen und im Rahmen der neurologischen Untersuchung hätten sich keine motorischen oder sensiblen Defizite gezeigt (Suva-act. 4, 5). Eine wegen persistierender Schmerzen am 28. April 2008 in der Radiologie Stephanshorn, St. Gallen, durchgeführte cervicale Kernspintomographie ergab, abgesehen von einer mehrsegmentären leichten Chondrose C2-7 und einer minimalen flachbogigen Diskusprotrusion C5/6 und C6/7 ohne neuralen Kontakt, intakte dorsale discoligamentäre Strukturen C0-Th5, eine normale Artikulation der Facettengelenke sowie eine normale Weite des ossären cervicalen Spinalkanals sowie der Foramina intervertebralia (Suva-act. 6). Am 15. Mai 2008 folgte ein ambulantes Assessment in



St.Galler Gerichte

der Rehaklinik Bellikon. Im Bericht vom 27. Mai 2008 wurden die Diagnosen Unfall vom 18. April 2008 mit HWS-Distorsion und fraglicher Commotio cerebri, cervicoverbrales Syndrom links mehr als rechts, Spannungskopfschmerz von nuchal nach frontal reichend sowie psychische Belastungssituation gestellt. Bei der Versicherten sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden, bei deren Interpretation die noch zu erfolgende psychiatrisch-psychologische Abklärung der Versicherten zu berücksichtigen sei (Suva-act. 19). Vom 28. Mai bis 9. Juli 2008 fand ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon statt. Es wurden eine ophthalmologische, eine neurologische und eine neurootologische Untersuchung sowie radiologische Untersuchungen der HWS und des linken Schultergelenks durchgeführt. Die Diagnosen im Austrittsbericht vom 23. Juli 2008 entsprachen denjenigen des ambulanten Assessments, wobei an Stelle der psychischen Belastungssituation eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt, angeführt wurde. Der Versicherten wurde ab 10. Juli 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 50% als erleichterter Wiedereinstieg nach langer Arbeitsunfähigkeit attestiert und eine sukzessive Steigerung des Arbeitspensums auf 100% bei gutem Verlauf innert zwei bis drei Monaten empfohlen (Suva-act. 24 - 27). Laut Zwischenbericht des Hausarztes der Versicherten, Dr. med. B.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 24. September 2008 bestand subjektiv weiterhin ein unheimlicher Leidensdruck. Die Versicherte gebe an, dass die Arbeit fast nicht möglich sei. Sie versuche stets wieder zu arbeiten, falle aber immer wieder aus. Dr. B.____ listete die Arbeitsfähigkeitsgrade der Versicherten ab 10. Juli 2008 auf, welche sich abwechselnd auf 0% oder 25% beliefen. Als Befunde erhob er weiterhin einen Hartspann sowie Bewegungs- und Druckschmerzen, jedoch keine neurologischen Ausfälle (Suva-act. 35). Am 22. September 2008 wurde im Auftrag der Suva eine biomechanische Kurzbeurteilung durch die AGU Zürich durchgeführt (Suva-act. 36). Am 5. März 2009 erfolgte eine kreisärztliche Stellungnahme durch Dr. med. C.____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie (Suva-act. 44) und am 18. März 2009 eine cranio-cerebrale Kernspintomographie in der Radiologie Stephanshorn (Suva-act. 46). Letztere ergab altersentsprechend normale Befunde ohne Nachweis einer intracraniellen tumorösen Raumforderung und ohne Hinweis auf eine durchgemachte intracranielle Blutung (Suva-act. 46). Mit Schreiben vom 31. März 2009 kündigte die A.____ das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten (Suva-act. 47).



St.Galler Gerichte

A.b Mit Verfügung vom 15. April 2009 eröffnete die Suva der Versicherten die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Mai 2009. Aufgrund fehlender adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. 49).

B.

Die gegen diese Verfügung von Rechtsanwalt lic. iur. D. Speck, Engelburg, am 11. Mai 2009 erhobene Einsprache (Suva-act. 56) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 13. August 2009 ab (Suva-act. 60). Zuvor hatte der Krankenversicherer (Swica Gesundheitsorganisation) die vorsorglich erhobene Einsprache (Suva-act. 50) nach Einsicht in die Akten zurückgezogen (Suva-act. 52).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 13. August 2009 richtet sich die von Rechtsanwalt Speck für die Versicherte eingereichte Beschwerde vom 8. September 2009 mit den Anträgen, der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. August 2009 sowie die Verfügung der Suva Chur vom 15. April 2009 seien aufzuheben und die Angelegenheit sei zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juni 2009 weiterhin Taggelder auszurichten, für die Behandlungs- und Abklärungskosten der Beschwerdeführerin aufzukommen und der Beschwerdeführerin nach Abschluss der ärztlichen Behandlung eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 9. Oktober 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

C.c Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik.



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

Erwägungen:

1.

Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen zur Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere jene des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und gesundheitlicher Schädigung zutreffend dar; darauf ist zu verweisen. Anzufügen bleibt, dass im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/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 welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass eine versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild 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 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359



festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien. 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] i/S O.G.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369).

2.

Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die von der Beschwerdeführerin über den 31. Mai 2009 hinaus geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar sind. Eine während des stationären Aufenthalts im Spital Rorschach vom 18. bis 21. April 2008 durchgeführte radiologische Untersuchung der HWS ergab keine Hinweise auf ossäre Verletzungen (Suva-act. 4). Bei einer kernspintomographischen Untersuchung der HWS in der Radiologie Stephanshorn vom 28. April 2008 wurden eine offensichtlich unfallfremde leichte Chondrose und minime Discusprotrusion ohne weiteren neuralen Kontakt festgestellt. Ansonsten zeigte sich die HWS unauffällig (Suva-act. 6). Anlässlich der radiologischen Untersuchung der HWS in der Rehaklinik Bellikon vom 4. Juni 2008 wurden sodann weder degenerative noch posttraumatische Veränderungen festgestellt und die Röntgenbilder des linken Schultergelenks vom 1. Juli 2008 zeigten sich unauffällig (Suva-act. 27). Die von der Beschwerdeführerin geklagten Schwindelbeschwerden konnten mit der von der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva am 23. Juni 2008 durchgeführten neurootologischen Untersuchung nicht objektiviert werden (Suva-act. 24). Die von Dr. D.____ am 20. Juni 2008 durchgeführte ophthalmologische Untersuchung ergab die unfallfremde Diagnose beidseitiger Mouches volantes bei physiologischer Glaskörperdestruktion im vorderen Drittel links



grösser als rechts (vgl. Wikipedia <http://de.wikipedia.org/wiki/Glaskörperdestruktion>; Abfrage vom 19. Februar 2010), ansonsten jedoch eine Emmetropie (Suva-act. 25). Schliesslich fand sich auch bei der am 25. Juni 2008 von Dr. E. ___ durchgeführten neurologischen Untersuchung keine organisch fassbare Ursache für die Begleitphänomene zum Spannungskopfweg (visuelle Störungen, Geräusche im Ohr). Es ergaben sich aber auch keine Hinweise auf eine cervicale Radikulopathie, eine Armplexusaffektion links oder eine peripher liegende Neuropathie (Carpaltunnelsyndrom usw.). Festzustellen waren jedoch erhebliche muskuläre Verspannungen im Nacken-/Schulterbereich links (Suva-act. 26). Anlässlich der klinischen Untersuchung in der Rehaklinik Bellikon zeigte sich sodann eine ausgeprägte Druckschmerzhaftigkeit bis zur Allodynie reichend im gesamten Bereich der paravertebralen Strukturen der HWS und im Bereich des oberen Schultergürtels beidseits (links mehr als rechts) (Suva-act. 27, vgl. auch Suva-act. 26). Auch Dr. B. ___ erhob bei der Beschwerdeführerin laut Bericht vom 24. September 2008 einen Hartspann, Druckschmerzen und Bewegungsschmerzen (Suva-act. 35). Klinisch erhobene Druckdolenzen, ein Muskelhartspann sowie Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS (Suva-act. 35) stellen jedoch praxisgemäss kein klar fassbares organisches Substrat dar (vgl. Urteil des EVG vom 3. August 2005 [U 9/05] i/S M., E. 4 und vom 23. November 2004 [U 109/04] i/S B., E. 2.2.).

3.

3.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie bei 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 (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa).

3.2 Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals Rorschach stellten insbesondere die Diagnose eines HWS-Beschleunigungstraumas (Suva-act. 4, 5). In den Berichten der Rehaklinik Bellikon vom 27. Mai und 23. Juli 2008 (Suva-act. 19, 27) wurde sodann die



Diagnose einer HWS-Distorsion aufgeführt. Grundsätzlich ist bezogen auf den fraglichen Unfallmechanismus - ein nachfolgender Personenwagen fuhr mit der Front gegen das Heck des Personenwagens der Beschwerdeführerin (Suva-act. 18) - ein eigentliches Schleudertrauma in Betracht zu ziehen (vgl. diesbezüglich Thomas Locher, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach Schweizerischem Recht, in: Murer/Niederer/Radanov/Rumo-Jungo/Sturzenegger/Walz [Hrsg.], Das so genannte "Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2002, S. 31 f.). Die behandelnden Ärzte des Spitals Rorschach stellten sodann die Verdachtsdiagnose einer Commotio cerebri bzw. eines leichten Schädel-Hirntraumas, welche von der Rehaklinik Bellikon übernommen wurde. Gemäss den medizinischen Akten konnte die Verdachtsdiagnose aber offenbar nie bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin hatte im Spital Rorschach über Kopfschmerzen geklagt und angegeben, sie sei mit dem Kopf an die Kopfstütze geprallt und habe den Sicherheitsgurt nicht getragen. Eine Bewusstlosigkeit wurde verneint (Suva-act. 4, 5). Im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen der Suva vom 8. Mai 2008 gab die Beschwerdeführerin demgegenüber an, den Sicherheitsgurt getragen und keinen Kopfanprall erlitten zu haben (Suva-act. 7). Dr. C.____ hielt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 26. Mai 2008 fest, dass die Kombination einer HWS-Verletzung und einer Commotio cerebri bei getragenen Sicherheitsgurten äusserst selten sei (Suva-act. 16). Der biomechanischen Kurzbeurteilung der AGU Zürich vom 22. September 2009 ist schliesslich zu entnehmen, dass ein echter, hirnorganisch bedingter Bewusstseinsverlust, der allenfalls auf eine "milde traumatische Hirnverletzung" hinweisen könnte, auszuschliessen sei, wenn durch die biomechanische Analyse und die Aktenlage erstellt sei, dass zum einen kein Kopfanprall stattgefunden habe, und zum andern bei der ermittelten kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung (delta-v) ein Beschleunigungsmechanismus bezüglich des Gehirns in einem nur unerheblichen Ausmass habe stattfinden können. Spitäler und Ärzte seien zudem im Rahmen der Wahrung ihrer Sorgfaltspflicht viel eher dazu geneigt, die Diagnose einer Commotio cerebri zu stellen und den Patienten entsprechend aufzuklären und zu überwachen. Gegen diese Praktik "an der Front" sei unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit des Patienten nichts einzuwenden; der Nachteil für die anschliessende Zeit der Verarbeitung eines Ereignisses sei jedoch das Engramm, das mit diesen Massnahmen



gesetzt worden sei, nämlich dasjenige einer Gehirnerschütterung, wenn nicht sogar eines Hirnschadens. Dieses Erleben des Patienten könne längerfristig dazu führen, dass das Ereignis vom Patienten überschätzt werde (Suva-act. 36). Die cranio-cerebrale Kernspintomographie in der Radiologie Stephanshorn vom 18. März 2009 ergab schliesslich keine Hinweise auf pathologische Veränderungen im Kopf (Suva-act. 46). Diese Umstände sprechen gegen das Vorliegen einer Commotio cerebri. Ob die Beschwerdeführerin ein eigentliches Schleudertrauma und/oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung, d.h. eine HWS-Distorsion oder ein Schädel-Hirntrauma, erlitten hat, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden. Es kann jedenfalls davon ausgegangen werden, dass sie eine Verletzung im HWS-Bereich erlitten hat, auch wenn sich diese unbestrittenermassen nicht strukturell nachweisen liess.

3.3 Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für die Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffusen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depressionen, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Nach der aktuellen Rechtsprechung der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.) 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 manifestieren (RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die andern im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer HWS-Distorsion typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

3.4 Zwischen den Parteien ist unbestritten geblieben, dass die zum typischen Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma gehörenden Beeinträchtigungen



innerhalb der erforderlichen Latenzzeit aufgetreten sind. Den medizinischen Akten ist ein typisches buntes Beschwerdebild - Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und Übelkeit - zu entnehmen, das als natürlich-kausale Unfallfolge eines Schleudertraumas zu betrachten ist (vgl. Suva-act. 4, 5, 7). Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin zunächst auch einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin anerkannt. Per 31. Mai 2009 stellte sie dann ihre Leistungen ein.

4.

4.1 Zu prüfen gilt es somit, ob die von der Beschwerdeführerin nach dem Einstellungsdatum vom 31. Mai 2009 weiterhin geklagten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 18. April 2008 stehen oder ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht eingestellt hat. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist.

4.2

4.2.1 Während des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon vom 28. Mai bis 9. Juli 2008 litt die Beschwerdeführerin immer noch unter Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel (Suva-act. 23, 27). Im Kurzbericht sowie im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 8. bzw. 23. Juli 2008 (Suva-act. 23, 27) werden daneben erstmals weitere Symptome wie Augenprobleme (Sehen von schwarzen Punkten) und psychische Auffälligkeiten (gesteigerte Reizbarkeit, Nervosität, ausgeprägte Angstgefühle, schnelle Ermüdbarkeit) aufgeführt. Diese Beschwerden gelten ebenfalls als typische Beschwerden nach Beschleunigungsverletzungen (vgl. dazu BGE 117 V 359 E. 4b; Liste in H. Schmidt/J. Senn Hrsg., Schleudertrauma - neuester Stand: Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management, 1. Aufl. Zürich 2004, S. 14 f.). Diesen Beschwerdeverlauf wertete die Rehaklinik Bellikon im Bericht über das ambulante Assessment vom 27. Mai 2008 als erhebliche Symptomausweitung. Den Schluss zog sie aus ihren Beobachtungen im Rahmen des Assessments mit einer undifferenzierten Beschreibung von Schmerz und



Einschränkungen, einem nicht adäquaten Schmerzverhalten sowie einem schlechten Leistungsverhalten. Unter der Rubrik "Symptomausweitung" wurde vermerkt, dass bei der Interpretation der Befunde die psychiatrische Diagnose bzw. das Ergebnis der vorgesehenen psychiatrischen Abklärung zu berücksichtigen sei (Suva-act. 19, 23). Im Austrittsbericht vom 23. Juli 2008 wurde sodann festgehalten, dass sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären lasse (Suva-act. 27). Im angefochtenen Einspracheentscheid äusserte sich zwar die Beschwerdegegnerin nicht ausdrücklich zur Frage der natürlichen Kausalität und prüfte den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 18. April 2008 in Anwendung der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133). Dennoch ist davon auszugehen, dass insbesondere die oben dargelegte Beurteilung der Rehaklinik Bellikon der Beschwerdegegnerin Anlass zur Leistungseinstellung per 31. Mai 2009 gab. Wie die nachfolgenden Erwägungen aufzeigen, ergeben jedoch die vorliegenden medizinischen Akten keine ausreichende Grundlage für den Schluss eines überwiegend wahrscheinlichen Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens per 31. Mai 2009.

4.2.2 Wie bereits erwähnt ist es rechtsprechungsgemäss nicht erforderlich, dass die für eine Beschleunigungsverletzung der HWS charakteristischen Beschwerden bereits unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten sind. Insbesondere psychische Auffälligkeiten (Angst, Aggressivität) treten nicht (nur) als Sofortbeschwerden auf, sondern zeigen sich (gegebenenfalls) erst nach einem beschwerdefreien Intervall (vgl. Liste in H. Schmidt/J. Senn, a.a.O., S. 14). Die Beschwerdeführerin hielt sich bereits rund einen Monat nach dem Unfall stationär in der Rehaklinik Bellikon auf. Angesichts dieser Latenzzeit kann ein komplexes Gesamtbild von aus dem Unfall hervorgehenden organischen und psychischen Beschwerden nicht zweifellos ausgeschlossen werden. Die im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung weist zwar nicht uneingeschränkt auf ein komplexes Gesamtbild hin. Immerhin wurde die Diagnose aber mit Angst und depressiver Reaktion beschrieben. Diese beiden Komponenten gehören zum typischen Beschwerdebild im Anschluss an ein HWS-Trauma (vgl. dazu BGE 117 V 359 E. 4b; Liste in H. Schmidt/J. Senn, a.a.O., S. 14 f.).



Insofern erscheint die Ansicht der Rehaklinik Bellikon (vgl. Suva-act. 23) bzw. der Beschwerdegegnerin - im Zusammenhang mit der anhaltenden Schmerzproblematik und den weiteren Symptomen (wie Sehstörungen und Schwindel) stehe ein ängstliches Verhalten im Vordergrund und eine Weiterbehandlung bei der Psychologin sei indiziert, d.h. die Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit dem typischen Beschwerdebild nach HWS-Trauma träten gegenüber vorhandenen psychischen Beschwerden in den Hintergrund, weshalb die Adäquanzbeurteilung nach der "Psycho-Praxis" gemäss BGE 115 V 133 vorzunehmen sei - nicht überzeugend. Massgebend ist dabei, dass die Rehaklinik Bellikon zwar festhält, die psychische Diagnose sei zu berücksichtigen, dieser jedoch offensichtlich kaum eine pathologische Bedeutung beimisst bzw. aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als gegeben betrachtet (Suva-act. 27). Fragwürdig erscheint auch der Umstand, dass in den Akten eine psychiatrisch-psychologische Abklärung fehlt. Dies obwohl die Rehaklinik Bellikon im Bericht vom 27. Mai 2008 über das ambulante Assessment (Suva-act. 19) im Zusammenhang mit der Beobachtung einer erheblichen Symptomausweitung darauf verweist, es sei hierbei die noch vorzunehmende psychiatrisch-/psychologische Abklärung zu berücksichtigen (Suva-act. 27).

4.2.3 Die Feststellungen der Rehaklinik Bellikon im Austrittsbericht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vermögen sodann ebenfalls keine Klarheit hinsichtlich der gesundheitlichen Situation herbeizuführen. So wurde - mit der in Erwägung 4.2.2 dargelegten Schlussfolgerung der Rehaklinik Bellikon bzw. der Beschwerdegegnerin wenig harmonisierend - festgehalten, dass aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Trotzdem wurde der Beschwerdeführerin ab 10. Juli 2008 - wenn auch nur im Sinn eines nach langer Arbeitsunfähigkeit erleichterten Wiedereinstiegs - eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 50% mit sukzessiver Steigerung des Arbeitspensums auf 100% bei gutem Verlauf innert zwei bis drei Monaten attestiert. Diese Aussage ist als reine Prognose zu betrachten, die sich im Nachhinein offensichtlich nicht bewahrheitete. Die Beschwerdeführerin realisierte laut Dr. B.____ wegen Hartspann, Bewegungs- und Druckschmerzen ab 10. Juli 2008 ihre Arbeit lediglich in einem Umfang von 25%. In den folgenden Monaten wechselte die 25%-ige Arbeitsfähigkeit mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab (Suva-act. 35). Die Beschwerdegegnerin bestätigte im weiteren Verlauf die Arbeitsfähigkeitstaxation von Dr. B.____ bzw. hielt in ihrem Schreiben vom 23. September 2008 gegenüber der



Arbeitgeberin fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund des aktuellen Heilungsverlaufs, der Präsenzzeit im Betrieb und dem messbaren Leistungsvermögen revidiert und neu festgelegt werde und auf dieser Basis Taggelder ausgerichtet würden (Suva-act. 34). In der Folge erbrachte die Beschwerdegegnerin noch rund ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon und entgegen der Prognose Leistungen.

4.2.4 Wenn die Beschwerdegegnerin nun geltend machen will, die jetzigen Beschwerden seien nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen, so kann sie die Leistungseinstellung nicht auf denselben - im Übrigen prognostischen - Bericht abstützen, aufgrund dessen sie zuvor noch Leistungen ausgerichtet hat. Aus dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon resultiert nicht schlüssig, dass die noch bestehenden Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen sind. Die während des stationären Aufenthalts durchgeführten augenärztlichen, neurootologischen sowie neurologischen Untersuchungen (Suva-act. 24, 25, 26) dienten dazu, objektivierbare organische Unfallfolgen auszuschliessen. Bloss aus dem Umstand, dass keine organischen Unfallfolgen vorliegen, kann jedoch bei einer Beschleunigungsverletzung der HWS nicht auf eine Leistungseinstellung geschlossen werden, liegt doch die Schwierigkeit bei der Beurteilung von Schleudertrauma-Fällen für den Mediziner gerade darin, dass diese mit bildgebenden oder anderen objektivierenden Untersuchungsmethoden häufig nicht zu erfassen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. März 2007 [U 457/06] i/S R., E. 5). Grundsätzlich handelt es sich bei einem Neurologen um einen Arzt mit einer im konkreten Fall spezifischen Fachkompetenz. Eine klare Äusserung zur Unfallkausalität der noch geklagten Beschwerden enthält jedoch auch der Bericht von Dr. E.____ vom 26. Juni 2008 nicht (Suva-act. 26). Vielmehr wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin unter Kopfweh vom Spannungstyp leide und der Begriff "chronisch" gemäss internationaler Klassifikation der IHS erst verwendet werde, wenn das Leiden mehr als sechs Monate bestehe, was hier noch nicht der Fall sei. Gerade die Chronifizierung mit Symptomausweitung würde jedoch gegen ein unfallkausales Substrat sprechen. Im Verlauf einer solchen wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl.



Bär/Bertrand/Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Die Feststellung von Dr. E.____, unklare Begleitphänomene zum Spannungskopfweg wie u.a. visuelle Störungen (schwarze Punkte) oder Geräusche im Ohr hören gehörten zu den somatoformen - und damit zu den psychisch bedingten (vgl. dazu AHI 2000 S. 159 E. 4b mit Hinweisen; WHO und Dilling/Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 4. Aufl., Bern 2008, S. 195) - Erscheinungen und man fände solche Phänomene ohne organisch fassbare Ursache immer wieder in diesem Zusammenhang, ist im Grundsatz nicht in Frage zu stellen. Hingegen ist auch in diesem Zusammenhang auf die Parallelitäten zu solchen nach Schleudertraumen bzw. schleudertraumaäquivalenten Verletzungen geklagten Beschwerden hinzuweisen. Die Verneinung einer zervikalen Radikulopathie sowie das Fehlen von Hinweisen für eine Armplexusaffektion links oder eine weiter peripher liegende Neuropathie (Karpaltunnelsyndrom usw.) stellen letztlich ebenfalls nur die Verneinung organisch objektivierbarer Unfallfolgen dar.

4.3 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht hinreichend abgeklärt hat. Lediglich die Möglichkeit, dass die noch bestehenden Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, genügt für eine Leistungseinstellung nicht. Vielmehr liegt die Beweislast, da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender Kausalzusammenhang gegeben ist, nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Die vorliegenden medizinischen Akten lassen jedoch einen solchen Schluss nicht zu. Die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens, das u.a. auch eine psychiatrische Beurteilung beinhaltet hätte, mit Einschätzung der Unfallkausalität wäre notwendig gewesen. Ohne ein solches Gutachten lässt sich auch die Adäquanzbeurteilung nicht abschliessend vornehmen. In diesem Zusammenhang liesse sich im Übrigen aufgrund der Akten durchaus auch die Frage stellen, ob diese Prüfung nicht zu früh erfolgt ist, weil der Zeitpunkt für den Fallabschluss (bzw. die Adäquanzprüfung) noch nicht erreicht war (vgl. BGE 134 V 109 E. 3.2 und E. 4; vgl. Suva-act. 27, S. 1 Rubrik "Prozedere medizinisch").

5.



St.Galler Gerichte

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. August 2009 dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzender medizinischer Abklärung im Sinn der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei hingegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb). Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und der eingereichten Rechtsschriften rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung auf pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 13. August 2009 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Art. 6 UVG: Bejahung schleudertraumatypischer Beschwerden nach HWS-Distorsion. Aus dem Umstand, dass keine organischen Unfallfolgen vorliegen,



kann bei einer HWS-Distorsion nicht auf eine Leistungseinstellung geschlossen werden. Die Beschwerdegegnerin hat den Sachverhalt im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht genügend abgeklärt. Die blosse Möglichkeit, dass die jetzigen Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, genügt für eine Leistungseinstellung nicht. Rückweisung der Streitsache zu ergänzender medizinischer Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2010, UV 2009/90).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 23. März 2010

in Sachen

S.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Speck, St. Gallerstrasse 29,
9032 Engelburg,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.



A.a Die 1973 geborene S.____ war bei der A.____ als Glasoperateurin tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 18. April 2008 in einen Verkehrsunfall verwickelt wurde (Suva-act. 1). Der Lenker eines vor ihr fahrenden Personenwagens bremste ab, um nach links abzubiegen. Die Versicherte musste deshalb ihren Personenwagen anhalten, worauf der Lenker des nachfolgenden Personenwagens auf das Heck ihres stehenden Personenwagens auffuhr (Suva-act. 18). Die Versicherte wurde vom Unfallort direkt ins Spital Rorschach eingewiesen, wo sie sich bis 21. April 2008 stationär aufhielt. Sie klagte über starke bis stärkste Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) mit Ausstrahlung in den Hinterkopf, Kopfschmerzen, eine Hyposensibilität im Bereich des Kinns rechtsseitig sowie über Übelkeit und Schwindel. Der Röntgenbefund ergab keine ossäre Verletzung der HWS. Im Bericht vom 21. April 2008 hielten die behandelnden Ärzte als Diagnosen ein HWS-Beschleunigungstrauma sowie den Verdacht auf eine Commotio cerebri fest. Der stationäre Aufenthalt habe sich letztlich komplikationslos gestaltet. Die Beschwerden seien deutlich rückläufig gewesen und im Rahmen der neurologischen Untersuchung hätten sich keine motorischen oder sensiblen Defizite gezeigt (Suva-act. 4, 5). Eine wegen persistierender Schmerzen am 28. April 2008 in der Radiologie Stephanshorn, St. Gallen, durchgeführte cervicale Kernspintomographie ergab, abgesehen von einer mehrsegmentären leichten Chondrose C2-7 und einer minimalen flachbogigen Diskusprotrusion C5/6 und C6/7 ohne neuralen Kontakt, intakte dorsale discoligamentäre Strukturen C0-Th5, eine normale Artikulation der Facettengelenke sowie eine normale Weite des ossären cervicalen Spinalkanals sowie der Foramina intervertebralia (Suva-act. 6). Am 15. Mai 2008 folgte ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik Bellikon. Im Bericht vom 27. Mai 2008 wurden die Diagnosen Unfall vom 18. April 2008 mit HWS-Distorsion und fraglicher Commotio cerebri, cervicovertebrales Syndrom links mehr als rechts, Spannungskopfschmerz von nuchal nach frontal reichend sowie psychische Belastungssituation gestellt. Bei der Versicherten sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden, bei deren Interpretation die noch zu erfolgende psychiatrisch-psychologische Abklärung der Versicherten zu berücksichtigen sei (Suva-act. 19). Vom 28. Mai bis 9. Juli 2008 fand ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon statt. Es wurden eine ophthalmologische, eine neurologische und eine neurootologische Untersuchung sowie radiologische



St.Galler Gerichte

Untersuchungen der HWS und des linken Schultergelenks durchgeführt. Die Diagnosen im Austrittsbericht vom 23. Juli 2008 entsprachen denjenigen des ambulanten Assessments, wobei an Stelle der psychischen Belastungssituation eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt, angeführt wurde. Der Versicherten wurde ab 10. Juli 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 50% als erleichterter Wiedereinstieg nach langer Arbeitsunfähigkeit attestiert und eine sukzessive Steigerung des Arbeitspensums auf 100% bei gutem Verlauf innert zwei bis drei Monaten empfohlen (Suva-act. 24 - 27). Laut Zwischenbericht des Hausarztes der Versicherten, Dr. med. B.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 24. September 2008 bestand subjektiv weiterhin ein unheimlicher Leidensdruck. Die Versicherte gebe an, dass die Arbeit fast nicht möglich sei. Sie versuche stets wieder zu arbeiten, falle aber immer wieder aus. Dr. B.____ listete die Arbeitsfähigkeitsgrade der Versicherten ab 10. Juli 2008 auf, welche sich abwechselnd auf 0% oder 25% beliefen. Als Befunde erhob er weiterhin einen Hartspann sowie Bewegungs- und Druckschmerzen, jedoch keine neurologischen Ausfälle (Suva-act. 35). Am 22. September 2008 wurde im Auftrag der Suva eine biomechanische Kurzbeurteilung durch die AGU Zürich durchgeführt (Suva-act. 36). Am 5. März 2009 erfolgte eine kreisärztliche Stellungnahme durch Dr. med. C.____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie (Suva-act. 44) und am 18. März 2009 eine cranio-cerebrale Kernspintomographie in der Radiologie Stephanshorn (Suva-act. 46). Letztere ergab altersentsprechend normale Befunde ohne Nachweis einer intracraniellen tumorösen Raumforderung und ohne Hinweis auf eine durchgemachte intracranielle Blutung (Suva-act. 46). Mit Schreiben vom 31. März 2009 kündigte die A.____ das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten (Suva-act. 47).

A.b Mit Verfügung vom 15. April 2009 eröffnete die Suva der Versicherten die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Mai 2009. Aufgrund fehlender adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. 49).

B.

Die gegen diese Verfügung von Rechtsanwalt lic. iur. D. Speck, Engelburg, am 11. Mai 2009 erhobene Einsprache (Suva-act. 56) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 13. August 2009 ab (Suva-act. 60). Zuvor hatte der Krankenversicherer (Swica



Gesundheitsorganisation) die vorsorglich erhobene Einsprache (Suva-act. 50) nach Einsicht in die Akten zurückgezogen (Suva-act. 52).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 13. August 2009 richtet sich die von Rechtsanwalt Speck für die Versicherte eingereichte Beschwerde vom 8. September 2009 mit den Anträgen, der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. August 2009 sowie die Verfügung der Suva Chur vom 15. April 2009 seien aufzuheben und die Angelegenheit sei zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juni 2009 weiterhin Taggelder auszurichten, für die Behandlungs- und Abklärungskosten der Beschwerdeführerin aufzukommen und der Beschwerdeführerin nach Abschluss der ärztlichen Behandlung eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 9. Oktober 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

C.c Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik.

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

Erwägungen:

1.

Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen zur Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere jene des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und



gesundheitlicher Schädigung zutreffend dar; darauf ist zu verweisen. Anzufügen bleibt, dass im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/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 welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass eine versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild 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 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien. 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] i/S O.G.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369).

2.

Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die von der Beschwerdeführerin über den 31. Mai 2009 hinaus geklagten Beschwerden nicht mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer struktureller Veränderungen erklärbar sind. Eine während des stationären Aufenthalts im Spital Rorschach vom 18. bis 21. April 2008 durchgeführte radiologische Untersuchung der HWS ergab keine Hinweise auf ossäre Verletzungen (Suva-act. 4). Bei einer kernspintomographischen Untersuchung der HWS in der Radiologie Stephanshorn vom 28. April 2008 wurden eine offensichtlich unfallfremde leichte Chondrose und minime Discusprotrusion ohne weiteren neuralen Kontakt festgestellt. Ansonsten zeigte sich die HWS unauffällig (Suva-act. 6). Anlässlich der radiologischen Untersuchung der HWS in der Rehaklinik Bellikon vom 4. Juni 2008 wurden sodann weder degenerative noch posttraumatische Veränderungen festgestellt und die Röntgenbilder des linken Schultergelenks vom 1. Juli 2008 zeigten sich unauffällig (Suva-act. 27). Die von der Beschwerdeführerin geklagten Schwindelbeschwerden konnten mit der von der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva am 23. Juni 2008 durchgeführten neurootologischen Untersuchung nicht objektiviert werden (Suva-act. 24). Die von Dr. D.____ am 20. Juni 2008 durchgeführte ophthalmologische Untersuchung ergab die unfallfremde Diagnose beidseitiger Mouches volantes bei physiologischer Glaskörperdestruktion im vorderen Drittel links grösser als rechts (vgl. Wikipedia <http://de.wikipedia.org/wiki/Glaskörperdestruktion>; Abfrage vom 19. Februar 2010), ansonsten jedoch eine Emmetropie (Suva-act. 25). Schliesslich fand sich auch bei der am 25. Juni 2008 von Dr. E.____ durchgeführten neurologischen Untersuchung keine organisch fassbare Ursache für die Begleitphänomene zum Spannungskopfweg (visuelle Störungen, Geräusche im Ohr). Es ergaben sich aber auch keine Hinweise auf eine cervicale Radikulopathie, eine Armplexusaffektion links oder eine peripher liegende Neuropathie (Carpaltunnelsyndrom usw.). Festzustellen waren jedoch erhebliche muskuläre Verspannungen im Nacken-/Schulterbereich links (Suva-act. 26). Anlässlich der klinischen Untersuchung in der Rehaklinik Bellikon zeigte sich sodann eine



ausgeprägte Druckschmerzhaftigkeit bis zur Allodynie reichend im gesamten Bereich der paravertebralen Strukturen der HWS und im Bereich des oberen Schultergürtels beidseits (links mehr als rechts) (Suva-act. 27, vgl. auch Suva-act. 26). Auch Dr. B.____ erhob bei der Beschwerdeführerin laut Bericht vom 24. September 2008 einen Hartspann, Druckschmerzen und Bewegungsschmerzen (Suva-act. 35). Klinisch erhobene Druckdolenzen, ein Muskelhartspann sowie Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS (Suva-act. 35) stellen jedoch praxisgemäss kein klar fassbares organisches Substrat dar (vgl. Urteil des EVG vom 3. August 2005 [U 9/05] i/S M., E. 4 und vom 23. November 2004 [U 109/04] i/S B., E. 2.2.).

3.

3.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie bei 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 (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa).

3.2 Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals Rorschach stellten insbesondere die Diagnose eines HWS-Beschleunigungstraumas (Suva-act. 4, 5). In den Berichten der Rehaklinik Bellikon vom 27. Mai und 23. Juli 2008 (Suva-act. 19, 27) wurde sodann die Diagnose einer HWS-Distorsion aufgeführt. Grundsätzlich ist bezogen auf den fraglichen Unfallmechanismus - ein nachfolgender Personenwagen fuhr mit der Front gegen das Heck des Personenwagens der Beschwerdeführerin (Suva-act. 18) - ein eigentliches Schleudertrauma in Betracht zu ziehen (vgl. diesbezüglich Thomas Locher, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach Schweizerischem Recht, in: Murer/Niederer/Radanov/Rumo-Jungo/Sturzenegger/Walz [Hrsg.], Das so genannte "Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2002, S. 31 f.). Die behandelnden Ärzte des Spitals Rorschach stellten sodann die Verdachtsdiagnose einer Commotio cerebri bzw. eines leichten Schädel-Hirntraumas, welche von der



Rehaklinik Bellikon übernommen wurde. Gemäss den medizinischen Akten konnte die Verdachtsdiagnose aber offenbar nie bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin hatte im Spital Rorschach über Kopfschmerzen geklagt und angegeben, sie sei mit dem Kopf an die Kopfstütze geprallt und habe den Sicherheitsgurt nicht getragen. Eine Bewusstlosigkeit wurde verneint (Suva-act. 4, 5). Im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen der Suva vom 8. Mai 2008 gab die Beschwerdeführerin demgegenüber an, den Sicherheitsgurt getragen und keinen Kopfanprall erlitten zu haben (Suva-act. 7). Dr. C.____ hielt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 26. Mai 2008 fest, dass die Kombination einer HWS-Verletzung und einer Commotio cerebri bei getragenen Sicherheitsgurten äusserst selten sei (Suva-act. 16). Der biomechanischen Kurzbeurteilung der AGU Zürich vom 22. September 2009 ist schliesslich zu entnehmen, dass ein echter, hirnorganisch bedingter Bewusstseinsverlust, der allenfalls auf eine "milde traumatische Hirnverletzung" hinweisen könnte, auszuschliessen sei, wenn durch die biomechanische Analyse und die Aktenlage erstellt sei, dass zum einen kein Kopfanprall stattgefunden habe, und zum andern bei der ermittelten kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung (Δv) ein Beschleunigungsmechanismus bezüglich des Gehirns in einem nur unerheblichen Ausmass habe stattfinden können. Spitäler und Ärzte seien zudem im Rahmen der Wahrung ihrer Sorgfaltspflicht viel eher dazu geneigt, die Diagnose einer Commotio cerebri zu stellen und den Patienten entsprechend aufzuklären und zu überwachen. Gegen diese Praktik "an der Front" sei unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit des Patienten nichts einzuwenden; der Nachteil für die anschliessende Zeit der Verarbeitung eines Ereignisses sei jedoch das Engramm, das mit diesen Massnahmen gesetzt worden sei, nämlich dasjenige einer Gehirnerschütterung, wenn nicht sogar eines Hirnschadens. Dieses Erleben des Patienten könne längerfristig dazu führen, dass das Ereignis vom Patienten überschätzt werde (Suva-act. 36). Die cranio-cerebrale Kernspintomographie in der Radiologie Stephanshorn vom 18. März 2009 ergab schliesslich keine Hinweise auf pathologische Veränderungen im Kopf (Suva-act. 46). Diese Umstände sprechen gegen das Vorliegen einer Commotio cerebri. Ob die Beschwerdeführerin ein eigentliches Schleudertrauma und/oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung, d.h. eine HWS-Distorsion oder ein Schädel-Hirntrauma, erlitten hat, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden. Es kann jedenfalls davon ausgegangen werden, dass sie eine Verletzung im HWS-Bereich



erlitten hat, auch wenn sich diese unbestrittenermassen nicht strukturell nachweisen liess.

3.3 Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für die Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffusen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depressionen, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Nach der aktuellen Rechtsprechung der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.) 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 manifestieren (RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die andern im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer HWS-Distorsion typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

3.4 Zwischen den Parteien ist unbestritten geblieben, dass die zum typischen Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma gehörenden Beeinträchtigungen innerhalb der erforderlichen Latenzzeit aufgetreten sind. Den medizinischen Akten ist ein typisches buntes Beschwerdebild - Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und Übelkeit - zu entnehmen, das als natürlich-kausale Unfallfolge eines Schleudertraumas zu betrachten ist (vgl. Suva-act. 4, 5, 7). Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin zunächst auch einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin anerkannt. Per 31. Mai 2009 stellte sie dann ihre Leistungen ein.

4.



4.1 Zu prüfen gilt es somit, ob die von der Beschwerdeführerin nach dem Einstellungsdatum vom 31. Mai 2009 weiterhin geklagten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 18. April 2008 stehen oder ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht eingestellt hat. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist.

4.2

4.2.1 Während des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon vom 28. Mai bis 9. Juli 2008 litt die Beschwerdeführerin immer noch unter Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel (Suva-act. 23, 27). Im Kurzbericht sowie im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 8. bzw. 23. Juli 2008 (Suva-act. 23, 27) werden daneben erstmals weitere Symptome wie Augenprobleme (Sehen von schwarzen Punkten) und psychische Auffälligkeiten (gesteigerte Reizbarkeit, Nervosität, ausgeprägte Angstgefühle, schnelle Ermüdbarkeit) aufgeführt. Diese Beschwerden gelten ebenfalls als typische Beschwerden nach Beschleunigungsverletzungen (vgl. dazu BGE 117 V 359 E. 4b; Liste in H. Schmidt/J. Senn Hrsg., Schleudertrauma - neuester Stand: Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management, 1. Aufl. Zürich 2004, S. 14 f.). Diesen Beschwerdeverlauf wertete die Rehaklinik Bellikon im Bericht über das ambulante Assessment vom 27. Mai 2008 als erhebliche Symptomausweitung. Den Schluss zog sie aus ihren Beobachtungen im Rahmen des Assessments mit einer undifferenzierten Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen, einem nicht adäquaten Schmerzverhalten sowie einem schlechten Leistungsverhalten. Unter der Rubrik "Symptomausweitung" wurde vermerkt, dass bei der Interpretation der Befunde die psychiatrische Diagnose bzw. das Ergebnis der vorgesehenen psychiatrischen Abklärung zu berücksichtigen sei (Suva-act. 19, 23). Im Austrittsbericht vom 23. Juli 2008 wurde sodann festgehalten, dass sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären lasse (Suva-act. 27). Im angefochtenen Einspracheentscheid äusserte sich



zwar die Beschwerdegegnerin nicht ausdrücklich zur Frage der natürlichen Kausalität und prüfte den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 18. April 2008 in Anwendung der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133). Dennoch ist davon auszugehen, dass insbesondere die oben dargelegte Beurteilung der Rehaklinik Bellikon der Beschwerdegegnerin Anlass zur Leistungseinstellung per 31. Mai 2009 gab. Wie die nachfolgenden Erwägungen aufzeigen, ergeben jedoch die vorliegenden medizinischen Akten keine ausreichende Grundlage für den Schluss eines überwiegend wahrscheinlichen Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens per 31. Mai 2009.

4.2.2 Wie bereits erwähnt ist es rechtsprechungsgemäss nicht erforderlich, dass die für eine Beschleunigungsverletzung der HWS charakteristischen Beschwerden bereits unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten sind. Insbesondere psychische Auffälligkeiten (Angst, Aggressivität) treten nicht (nur) als Sofortbeschwerden auf, sondern zeigen sich (gegebenenfalls) erst nach einem beschwerdefreien Intervall (vgl. Liste in H. Schmidt/ J. Senn, a.a.O., S. 14). Die Beschwerdeführerin hielt sich bereits rund einen Monat nach dem Unfall stationär in der Rehaklinik Bellikon auf. Angesichts dieser Latenzzeit kann ein komplexes Gesamtbild von aus dem Unfall hervorgehenden organischen und psychischen Beschwerden nicht zweifellos ausgeschlossen werden. Die im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung weist zwar nicht uneingeschränkt auf ein komplexes Gesamtbild hin. Immerhin wurde die Diagnose aber mit Angst und depressiver Reaktion beschrieben. Diese beiden Komponenten gehören zum typischen Beschwerdebild im Anschluss an ein HWS-Trauma (vgl. dazu BGE 117 V 359 E. 4b; Liste in H. Schmidt/J. Senn, a.a.O., S. 14 f.). Insofern erscheint die Ansicht der Rehaklinik Bellikon (vgl. Suva-act. 23) bzw. der Beschwerdegegnerin - im Zusammenhang mit der anhaltenden Schmerzproblematik und den weiteren Symptomen (wie Sehstörungen und Schwindel) stehe ein ängstliches Verhalten im Vordergrund und eine Weiterbehandlung bei der Psychologin sei indiziert, d.h. die Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit dem typischen Beschwerdebild nach HWS-Trauma träten gegenüber vorhandenen psychischen Beschwerden in den Hintergrund, weshalb die Adäquanzbeurteilung nach der "Psycho-Praxis" gemäss BGE 115 V 133 vorzunehmen sei - nicht überzeugend. Massgebend ist dabei, dass die Rehaklinik Bellikon zwar festhält, die psychische Diagnose sei zu berücksichtigen,



dieser jedoch offensichtlich kaum eine pathologische Bedeutung beimisst bzw. aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als gegeben betrachtet (Suva-act. 27). Fragwürdig erscheint auch der Umstand, dass in den Akten eine psychiatrisch-psychologische Abklärung fehlt. Dies obwohl die Rehaklinik Bellikon im Bericht vom 27. Mai 2008 über das ambulante Assessment (Suva-act. 19) im Zusammenhang mit der Beobachtung einer erheblichen Symptomausweitung darauf verweist, es sei hierbei die noch vorzunehmende psychiatrisch-/psychologische Abklärung zu berücksichtigen (Suva-act. 27).

4.2.3 Die Feststellungen der Rehaklinik Bellikon im Austrittsbericht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vermögen sodann ebenfalls keine Klarheit hinsichtlich der gesundheitlichen Situation herbeizuführen. So wurde - mit der in Erwägung 4.2.2 dargelegten Schlussfolgerung der Rehaklinik Bellikon bzw. der Beschwerdegegnerin wenig harmonisierend - festgehalten, dass aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Trotzdem wurde der Beschwerdeführerin ab 10. Juli 2008 - wenn auch nur im Sinn eines nach langer Arbeitsunfähigkeit erleichterten Wiedereinstiegs - eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 50% mit sukzessiver Steigerung des Arbeitspensums auf 100% bei gutem Verlauf innert zwei bis drei Monaten attestiert. Diese Aussage ist als reine Prognose zu betrachten, die sich im Nachhinein offensichtlich nicht bewahrheitete. Die Beschwerdeführerin realisierte laut Dr. B.____ wegen Hartspann, Bewegungs- und Druckschmerzen ab 10. Juli 2008 ihre Arbeit lediglich in einem Umfang von 25%. In den folgenden Monaten wechselte die 25%-ige Arbeitsfähigkeit mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab (Suva-act. 35). Die Beschwerdegegnerin bestätigte im weiteren Verlauf die Arbeitsfähigkeitstaxation von Dr. B.____ bzw. hielt in ihrem Schreiben vom 23. September 2008 gegenüber der Arbeitgeberin fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund des aktuellen Heilungsverlaufs, der Präsenzzeit im Betrieb und dem messbaren Leistungsvermögen revidiert und neu festgelegt werde und auf dieser Basis Taggelder ausgerichtet würden (Suva-act. 34). In der Folge erbrachte die Beschwerdegegnerin noch rund ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon und entgegen der Prognose Leistungen.

4.2.4 Wenn die Beschwerdegegnerin nun geltend machen will, die jetzigen Beschwerden seien nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen, so kann sie die



Leistungseinstellung nicht auf denselben - im Übrigen prognostischen - Bericht abstützen, aufgrund dessen sie zuvor noch Leistungen ausgerichtet hat. Aus dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon resultiert nicht schlüssig, dass die noch bestehenden Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen sind. Die während des stationären Aufenthalts durchgeführten augenärztlichen, neurootologischen sowie neurologischen Untersuchungen (Suva-act. 24, 25, 26) dienten dazu, objektivierbare organische Unfallfolgen auszuschliessen. Bloss aus dem Umstand, dass keine organischen Unfallfolgen vorliegen, kann jedoch bei einer Beschleunigungsverletzung der HWS nicht auf eine Leistungseinstellung geschlossen werden, liegt doch die Schwierigkeit bei der Beurteilung von Schleudertrauma-Fällen für den Mediziner gerade darin, dass diese mit bildgebenden oder anderen objektivierenden Untersuchungsmethoden häufig nicht zu erfassen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. März 2007 [U 457/06] i/S R., E. 5). Grundsätzlich handelt es sich bei einem Neurologen um einen Arzt mit einer im konkreten Fall spezifischen Fachkompetenz. Eine klare Äusserung zur Unfallkausalität der noch geklagten Beschwerden enthält jedoch auch der Bericht von Dr. E.____ vom 26. Juni 2008 nicht (Suva-act. 26). Vielmehr wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin unter Kopfweh vom Spannungstyp leide und der Begriff "chronisch" gemäss internationaler Klassifikation der IHS erst verwendet werde, wenn das Leiden mehr als sechs Monate bestehe, was hier noch nicht der Fall sei. Gerade die Chronifizierung mit Symptomausweitung würde jedoch gegen ein unfallkausales Substrat sprechen. Im Verlauf einer solchen wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Bär/Bertrand/Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Die Feststellung von Dr. E.____, unklare Begleitphänomene zum Spannungskopfweh wie u.a. visuelle Störungen (schwarze Punkte) oder Geräusche im Ohr hören gehörten zu den somatoformen - und damit zu den psychisch bedingten (vgl. dazu AHI 2000 S. 159 E. 4b mit Hinweisen; WHO und Dilling/Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 4. Aufl., Bern 2008, S. 195) - Erscheinungen und man fände solche Phänomene ohne organisch fassbare Ursache immer wieder in diesem Zusammenhang, ist im Grundsatz nicht in Frage zu



stellen. Hingegen ist auch in diesem Zusammenhang auf die Parallelitäten zu solchen nach Schleudertraumen bzw. schleudertraumaäquivalenten Verletzungen geklagten Beschwerden hinzuweisen. Die Verneinung einer zervikalen Radikulopathie sowie das Fehlen von Hinweisen für eine Armplexusaffektion links oder eine weiter peripher liegende Neuropathie (Karpaltunnelsyndrom usw.) stellen letztlich ebenfalls nur die Verneinung organisch objektivierbarer Unfallfolgen dar.

4.3 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht hinreichend abgeklärt hat. Lediglich die Möglichkeit, dass die noch bestehenden Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, genügt für eine Leistungseinstellung nicht. Vielmehr liegt die Beweislast, da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender Kausalzusammenhang gegeben ist, nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Die vorliegenden medizinischen Akten lassen jedoch einen solchen Schluss nicht zu. Die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens, das u.a. auch eine psychiatrische Beurteilung beinhaltet hätte, mit Einschätzung der Unfallkausalität wäre notwendig gewesen. Ohne ein solches Gutachten lässt sich auch die Adäquanzbeurteilung nicht abschliessend vornehmen. In diesem Zusammenhang liesse sich im Übrigen aufgrund der Akten durchaus auch die Frage stellen, ob diese Prüfung nicht zu früh erfolgt ist, weil der Zeitpunkt für den Fallabschluss (bzw. die Adäquanzprüfung) noch nicht erreicht war (vgl. BGE 134 V 109 E. 3.2 und E. 4; vgl. Suva-act. 27, S. 1 Rubrik "Prozedere medizinisch").

5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. August 2009 dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzender medizinischer Abklärung im Sinn der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).



5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei hingegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb). Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und der eingereichten Rechtsschriften rechtfertigt es sich, die Parteienschädigung auf pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 13. August 2009 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.