



**Fall-Nr.:** UV 2016/10  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 11.07.2018  
**Entscheiddatum:** 11.07.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.07.2018**

**Art. 10, Art. 19 Abs. 1 UVG. Einstellung der Heilbehandlungsleistungen. Der (definitive) 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. Rückweisung der Streitsache an die Vorinstanz zu ergänzenden Abklärungen (Einholung eines polydisziplinären Gutachtens) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juli 2018, UV 2016/10).**

Entscheid vom 11. Juli 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin

Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2016/10

Parteien

**A.**\_\_\_\_,



### **Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und

Beratung GmbH, Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau,

gegen

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

### **Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

### **Versicherungsleistungen**

### **Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war als Mitarbeiterin in der Verpackung/Logistik bei der B.\_\_\_\_ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin), bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert (UV-act. 1, 170-10).

A.b Am 16. Dezember 2011 liess die Versicherte durch ihre Arbeitgeberin melden, sie habe am 5. Dezember 2011 einen Verkehrsunfall erlitten (UV-act. 1). Der Unfall habe sich ereignet, als die Versicherte bei einer auf Rot stehenden Lichtsignalanlage angehalten habe. Ein nachfolgender Personenwagenlenker habe dies nicht bemerkt und sei ungebremst in ihren Personenwagen hineingefahren, worauf ihr Fahrzeug in das Heck des vorderen Fahrzeugs gestossen worden sei. Sie habe sich am Kopf, am Rücken und an den Halswirbeln verletzt bzw. ein Schleudertrauma und eine leichte Hirnerschütterung erlitten (UV-act. 1, vgl. auch UV-act. 53-1 f.). Die Erstbehandlung erfolgte am Unfalltag durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Innere Medizin FMH, Au (UV-act. 8). Dr. C.\_\_\_\_ erklärte am 5. Dezember 2011 im



Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma, dass die Versicherte wegen der HWS-Distorsion und der Schreck-/Angstreaktion nach dem Unfall nicht weiterfahren können. Unmittelbar nach dem Unfall seien Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Hörstörungen sowie Schmerzen im linken Arm (Oberarm), im zweiten Finger links und in den Schulterblättern aufgetreten. Als behandlungsbedürftig nannte die Ärztin den Nacken, den Rücken und die Psyche (Angst). Sie diagnostizierte in Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF) eine HWS-Distorsion Grad II sowie ein Thoracalsyndrom posttraumatisch und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 8).

A.c Mit Schreiben vom 23. Dezember 2011 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht und sprach der Versicherten Leistungen zu (Heilkosten- und Taggeldleistungen; UV-act. 4 ff.).

A.d Am 2. Januar 2012 nahm die Versicherte ihre Arbeit wieder zu 50% auf (UV-act. 11 f.). Im Arztbericht vom 30. Januar 2012 diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, ein zervikothorakales und zervikozefales Syndrom nach HWS-Distorsion vom 5. Dezember 2011 (UV-act. 19). Am 16. Februar 2012 fand in der Rehaklinik Bellikon ein HWS-Assessment statt. Festgestellt wurden dauerhafte rechtsbetonte Zephalgien, rechtsbetonte Dauerschmerzen des Nackens sowie vorbestehende Belastungsschmerzen Schulter links, welche seit dem Unfall vom 5. Dezember 2011 verstärkt seien. Empfohlen wurden insbesondere Physiotherapien bzw. MTT dreimal pro Woche sowie die Überprüfung der Medikation bezüglich des seit zwei Monaten eingenommenen Antidepressivums. Die Arbeitsfähigkeit wurde auf 50% geschätzt (UV-act. 31, 38; vgl. auch UV-act. 233-15/24). Ab 12. März 2012 konnte die Versicherte wieder zu 25% und ab 10. April 2012 zu 50% arbeiten (UV-act. 42, 47, 56).

A.e Im unfallanalytischen Gutachten der AXA Winterthur vom 6. Juni 2012 wurde bei der ersten Auffahrkollision eine Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeuges der Versicherten zwischen 12.2 und 16.7 km/h ermittelt. Der Aufprall des Fahrzeuges der Versicherten in das vordere Fahrzeug konnte nur eingeschränkt untersucht werden, denn der AXA Winterthur standen weder Fotos der Beschädigungen am vorderen Fahrzeug noch eine diesbezügliche Reparaturrechnung zur Verfügung (UV-act. 53).



A.f Im Oktober 2012 verordnete Dr. C.\_\_\_\_ versuchsweise drei Psychotherapiesitzungen bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Die Psychiaterin erhob den Verdacht auf eine depressive Episode, leicht bis mittelschwer, sowie eine somatoforme Schmerzstörung und empfahl weitere Abklärungen zum Schmerzmittelgebrauch. Da es nicht gelang, eine therapeutische Beziehung aufzubauen, wurde die Therapie nicht fortgesetzt (UV-act. 123; vgl. auch UV-act. 76 f., 82-5, 89-2, 233-13). Ab 8. Oktober 2012 erhöhte die Versicherte trotz andauernden erheblichen Schmerzen das Arbeitspensum auf 60% (UV-act. 77, 82-5, 88 f., 91).

A.g Am 26. Februar 2013 wurden durch die Radiologie F.\_\_\_\_, Diagnosezentrum G.\_\_\_\_, Heerbrugg, MRI-Aufnahmen des Schädels und der HWS der Versicherten

erstellt. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für medizinische Radiologie FMH, erhob hinsichtlich des Schädels folgende Befunde: mittelvolumige, frei belüftete Concha bullosa media rechts, eine geringe Schleimhautschwellung und Mucusretention im Bereich einzelner anteriorer Ethmoidalzellen, ansonsten normales übriges cranio-zerebrales Kernspintomogramm sowie hinsichtlich der HWS: normale Haltung und Formgebung der HWS im Liegen, normale Darstellung des occipito-zervikalen Übergangs, intaktes Ligamentum transversum dentis, beidseits intakte Ligamenta alaria, mehrsegmentäre geringe Chondrose C2-6 bei ansonsten jedoch intakten dorsalen discoligamentären Strukturen zervikal, intaktes anteriores, posteriores und interspinöses Längsband zervikal, normale Weite des ossären zervikalen Spinalkanals sowie der Foramina intervertebralia, normale Artikulation der zervikalen Facettengelenke sowie normale Trophik und Signalgebung des zervikalen und des mitabgebildeten hochthorakalen Myelons (UV-act. 101). Die neurologische Untersuchung vom 25. März 2013 durch Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, ergab die Diagnose chronisches zervikozephal und zervikovertebrales rechtsbetontes Syndrom bei Status nach Distorsionstrauma im Dezember 2011. Anhaltspunkte für eine somatisch-neurologische Läsion konnten nicht gefunden werden (UV-act. 104). Am 29. Mai 2013 erklärte die Versicherte, sie habe am 21. Mai 2013 ihr Arbeitspensum auf 70% gesteigert, wobei sie nach wie vor erhebliche Schmerzen habe (UV-act. 114). Kreisarzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, empfahl daraufhin eine progressive Muskelrelaxationstherapie nach Jacobson (UV-act.



## St.Galler Gerichte

118, 126, 133-6). An der Besprechung vom 10. Dezember 2013 wurde die versuchsweise Aufnahme einer weiteren Therapieart (Neurofeedback) vereinbart (UV-act. 135, 137). Ab Januar 2014 erhöhte die Versicherte ihr Pensum auf 80% (UV-act. 139).

A.h Am 28. April 2014 wurde die Versicherte ins Spital K.\_\_\_\_ eingeliefert. Gemäss provisorischem Austrittsbericht vom 2. Mai 2014 über den Spitalaufenthalt vom 28. April bis 3. Mai 2014 sei eine Intoxikation durch das Medikament Zolpidem festgestellt worden. Es bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Veranlasst wurde eine psychotherapeutische Anbindung an die Psychiatrischen Dienste L.\_\_\_\_ in M.\_\_\_\_ (UV-act. 144, 194). Am 5. Mai 2014 erklärte die Versicherte zum Intoxikationsvorfall gegenüber der Suva, sie habe in Hinblick auf den Arbeitseinsatz am Montag mehr Medikamente als sonst eingenommen, jedoch nicht wie im Klinikbericht erwähnt in suizidaler Absicht (UV-act. 141; vgl. auch UV-act. 175-3, 197-3).

A.i Im Bericht der Psychiatrischen Dienste L.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2014 wurden basierend auf der Erstkonsultation vom 7. Mai 2014 von Dr. med. N.\_\_\_\_ und Dr. med. O.\_\_\_\_ diagnostiziert eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion bei chronischer Schmerzproblematik (ICD-10: F43.2) und psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren, die zur Aufrechterhaltung einer chronischen Schmerzproblematik beitragen (ICD-10: F54). Der Schwerpunkt der Behandlung wurde auf die Vermittlung von Strategien zum Umgang mit chronischen Schmerzen gelegt (act. G 18.1). Im Bericht vom 23. Mai 2014 wurden diagnostiziert eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Status nach HWS-Distorsion nach Verkehrsunfall am 5. Dezember 2011 (ICD-10: F45.41; UV-act. 154).

A.j Am 16. Mai 2014 nahm die Versicherte ihre Arbeit wieder zu 50% auf (UV-act. 159, 161). An der Besprechung mit der Suva vom 8. Juli 2014 berichtete sie über konstante Kopfschmerzen und Schmerzen, welche mittlerweile bis ins Steissbein ausstrahlen würden. Im Weiteren wurde die Anmeldung der Versicherten bei der Invalidenversicherung veranlasst (UV-act. 165, 170). Die MRI-Untersuchung am 1. September 2014 in der Radiologie F.\_\_\_\_ ergab eine grenzwertige lumbale Lordosierung (Lordosewinkel 57°), eine Streckfehlhaltung des thorakolumbalen Übergangs, eine



## St.Galler Gerichte

mehrsegmentäre leichte bis mässiggradige Chondrose TH10-S1, eine leichte bis mässige lumbale Spondylarthrose L3-S1, eine beidseits hypoplastisch ausgebildete Interartikularportion des Arcus vertebrae LWK 4 und 5 allerdings ohne assoziierte Spondylose sowie allseits intakte dorsale discoligamentäre Strukturen lumbal (UV-act. 186-2). Am 6. Oktober 2014 wurde das Arbeitspensum auf 60% erhöht (UV-act. 177).

A.k In der psychiatrischen Beurteilung vom 27. Oktober 2014 (UV-act. 181-8) stellte der Versicherungsmediziner der Suva, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fest, dass der bisherige Verlauf nach craniocephalem Beschleunigungstrauma bei dieser Art von Unfällen nicht selten zu beobachten sei. Die initial nach dem Unfall angegebenen Beschwerden würden bis zum aktuellen Zeitpunkt in gleicher Weise beklagt. Die in den bildgebenden Untersuchungen festgestellten degenerativen Veränderungen der HWS und BWS könnten dazu beigetragen haben, dass sich auftretende Beschwerden verzögert zurückbilden würden (UV-act. 181-9). Die von den Psychiatrischen Diensten L.\_\_\_\_ diagnostizierte Anpassungsstörung sei nachvollziehbar. Es könne als wahrscheinlich angenommen werden, dass sich die Symptomatik nach dem Unfall auf dem Boden einer prädisponierten Persönlichkeit und Vorschädigung der Wirbelsäule im Sinne einer natürlichen Teilkausalität entwickelt habe. Vorbestehende prädisponierende Faktoren könnten auch den längerdauernden Verlauf und die Hartnäckigkeit der Symptome erklären. Um zuverlässiger die Kausalität zum Unfallereignis beurteilen zu können, bedürfe es weiterer biographischer und anamnestischer Angaben, zumal unabhängige Faktoren die aktuelle Symptomatik mitbestimmt haben könnten (UV-act. 181-10 f.). An der Besprechung mit der Suva vom 28. Oktober 2014 erklärte die Versicherte, dass sie seit zirka Ende August auch Ausstrahlungen ins linke Bein verspüre. Das 60%ige Arbeitspensum sei grenzwertig. Wegen der Schmerzen komme es immer wieder zu tageweiser gänzlicher Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 182).

A.l Am 27. November 2014 erklärte die Suva, dass sie für den Aufenthalt der Versicherten im Spital K.\_\_\_\_ vom 28. April bis 3. Mai 2014 leistungspflichtig sei (UV-act. 189).

A.m Im Arztbericht vom 25. November 2014 wurden von Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ diagnostiziert eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und eine



## St.Galler Gerichte

chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Aufgrund der Untersuchungsbefunde wurde vom Vorliegen gewichtiger somatischer Faktoren (Beginn der Beschwerden nach dem Unfallereignis, bestehende Fehlhaltung und Hinweise auf eine muskuläre Ursache der Beschwerden) ausgegangen. Psychische Faktoren seien nicht ursächlich für die Beschwerden, würden aber zu deren Aufrechterhaltung beitragen, weshalb die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt worden sei. Die Anamneseerhebung habe weder eine vorbestehende psychiatrische Erkrankung noch eine vorbestehende Persönlichkeitsakzentuierung ergeben. Hinsichtlich der depressiven Symptome werde bei Fortsetzung der aktuellen psychotherapeutischen Behandlung im Laufe der nächsten sechs Monate zumindest von einer Teilremission ausgegangen. Bezüglich der Schmerzproblematik sei die Prognose eher verhalten. Sobald die Versicherte unter dem jetzigen Arbeitspensum von 60% ein stabiles Zustandbild zeige, sei vorgesehen, das Arbeitspensum versuchsweise um weitere 10% zu steigern. Eine Steigerung bis hin zu 100% könne nicht ausgeschlossen werden, benötige aber mindestens ein bis zwei Jahre (UV-act. 191).

A.n Im Arztbericht des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 4. Dezember 2014 wurde diagnostiziert eine chronifizierte Schmerzstörung, Chronifizierungsgrad I nach Gerbershagen. Eine multimodale Schmerztherapie sei eingeleitet worden. Ein erneuter Versuch mit einem Stufe III Opiat könne versucht werden, diesmal jedoch mit ausgebauter Therapie zur Behandlung der Nebenwirkungen (UV-act. 197). An der Besprechung mit der Suva vom 17. März 2015 erklärte die Versicherte, dass nach wie vor die Schmerzen im Nacken im Vordergrund stünden, welche jetzt bis ins linke Bein ausstrahlen würden. Sie sei deswegen beim Chiropraktiker Dr. med. Q.\_\_\_\_ in Behandlung. Ein nachhaltiger Erfolg habe sich bisher nicht eingestellt. Die seit Oktober 2014 zweimal wöchentlich durchgeführte Matrix-Therapie empfinde sie als hilfreich. Den Kopf könne sie ein wenig besser bewegen. Seit Januar 2015 habe sie bei der Arbeit nicht mehr gefehlt (UV-act. 205, vgl. auch UV-act. 210, 233-16).

A.o Am 10. April 2015 fand in der Radiologie F.\_\_\_\_ eine Kernspintomographie des linken Vorderfusses statt. Dr. med. R.\_\_\_\_ erhob eine fissurale Stressfraktur in der Basis



## St.Galler Gerichte

der proximalen Phalanx von Digitus 2 mit Einstrahlung ins Gelenk ohne Stufenbildung mit erheblichem Knochenmarksödem in der Basis und auch im Schaftbereich des Os metatarsale 2, periostaler Reaktion und perifokalem Weichteilödem sowie nebenbefundlich eine leichtgradige Arthrose zwischen dem Köpfchen des Os metatarsale 1 und dem medialen Sesambein (UV-act. 209). Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, stufte die Ermüdungsfraktur infolge Fehlbelastung bei der Arbeit wegen Fehlhaltung als unfallbedingt ein (UV-act. 212). Kreisarzt Dr. med. T.\_\_\_\_ erachtete dagegen die Fussbeschwerden als nicht kausal zum Unfall vom Dezember 2011 (UV-act. 213).

A.p Mit Verfügung vom 27. Mai 2015 teile die Suva der Versicherten mit, dass wegen fehlenden Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 5. Dezember 2011 und den Fussbeschwerden links keine Leistungen erbracht werden könnten. Die restlichen geklagten Beschwerden seien organisch nicht nachweisbar. Die in Berücksichtigung der geltenden Rechtsprechung vorgenommene Beurteilung habe ergeben, dass die Adäquanz zu verneinen sei, weshalb die Versicherungsleistungen per 7. Juni 2015 eingestellt würden. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung (UV-act. 217).

A.q Im Arztbericht vom 2. Juni 2015 diagnostizierte Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Orthopädie V.\_\_\_\_, bezüglich des linken Fusses eine Ermüdungsfraktur proximale Phalanx Dig. II und Os metatarsale II (UV-act. 224).

B.

B.a Mit Schreiben vom 22. Juni 2015 erhob die Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 27. Mai 2015 und verlangte zumindest eine "fundierte, kompetente medizinische Überprüfung" (UV-act. 219).

B.b Da gemäss Suva die kreisärztliche Kurzbeurteilung vom 6. Mai 2015, worauf sich die leistungseinstellende bzw. leistungsabweisende Verfügung vom 27. Mai 2015 stützt, den bundesgerichtlichen Mindestanforderungen an einen Arztbericht nicht gerecht werde, ersuchte sie den kreisärztlichen Dienst um eine ausführliche



Stellungnahme (vgl. dazu UV-act. 213) sowie um eine Begründung, weshalb es sich bei der ausgewiesenen Stressfraktur nicht um unfallkausale Beschwerden handle (UV-act. 228). Im Bericht vom 2. September 2015 erklärte Kreisarzt Dr. T.\_\_\_\_, dass bis Anfang April 2015 keine Verletzung des linken Beins bzw. des linken Vorfusses dokumentiert sei. Hinsichtlich der beklagten und chronisch persistierenden Kopf- und Nackenschmerzen hätten die bildgebenden Untersuchungen bis auf leichte, unfallabhängig [gemeint wohl: unfallunabhängig] vorbestehende Verschleisserscheinungen der Bandscheibensegmente C2-C6 keine Hinweise für eine unfallbedingte strukturelle Läsion des Schädels resp. der Halswirbelsäule oder traumatisch bedingte neurologische Störungen ergeben. Zudem habe die Suva gemäss Verfügung vom 27. Mai 2015 die Adäquanz geprüft und abgelehnt. Damit stehe fest, dass alle von der Versicherten weiterhin beklagten Beschwerden verschiedener Wirbelsäulenanteile, des Schädels und des linken Fusses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 5. Dezember 2011 stünden, sondern ausschliesslich unfallunabhängigen Faktoren geschuldet seien (UV-act. 229).

B.c Am 30. Oktober 2015 erfolgte eine MRI-Untersuchung des linken Fusses in der Radiologie F.\_\_\_\_. Erhoben wurden: "Reizlose konsolidierte ältere Stressfraktur der Grundphalanx der zweiten Zehe. Zwischenzeitlich neu aufgetretene diskrete subchondrale Signalveränderung am Köpfchen von Os metatarsale II, DD: reaktiv/ beginnende Osteonekrose?" (UV-act. 233-20).

B.d Mit Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 hiess die Suva die Einsprache insofern gut, als sie sich bereit erklärte, für die Heilbehandlung der fissuralen Stressfraktur im linken Vorfuss der Versicherten aufzukommen. Im Übrigen wurde die Einsprache abgewiesen (UV-act. 239-18). In den Erwägungen wurde ausgeführt, dass die Übernahme der Kosten für die Heilbehandlung der Fussbeschwerden ohne Anerkennung einer Rechtspflicht erfolge. Anderweitige Leistungen wie beispielsweise Taggelder würden mangels Arbeitsunfähigkeit hingegen nicht erbracht. Bei allfälligen Weiterungen behalte sich die Suva das Recht vor, in Bezug auf die Ätiologie des Ermüdungsbruchs weitergehende medizinische Beweisvorkehrungen anzuordnen, um die Frage der Kausalität dieser Beschwerden definitiv beantworten zu können (UV-act 239-6). Die noch vorhandenen psychischen Probleme sowie die unfallbedingten aber



nicht objektivierbaren Beschwerden im Bereich des Kopfes und der Wirbelsäule stünden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 5. Dezember 2011, weshalb keine Leistungspflicht der Suva über den 7. Juni 2015 bestehe (UV-act. 239-6 ff.).

C.

C.a Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Widnau, erhob am 19. Februar 2016 gegen den Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren: "1. Der Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 sei in Ziffer 1 derart abzuändern, dass die Suva für die Folgen des Unfalls vom 5. Dezember 2011 die gesetzlichen Versicherungsleistungen ab 7. Juni 2015 weiterhin und vollumfänglich erbringt, insbesondere für die Fussverletzung als auch für die übrigen Beschwerden. 2. Insbesondere sind der Beschwerdeführerin ab dem 7. Juni 2015 eine UVG-Rente von mindestens 40%, eventualiter ein UVG-Taggeld von mindestens 40% sowie eine Integritätsentschädigung von mindestens 30% sowie die unfallbedingten Heilungskosten auszurichten und zu bezahlen. 3. Eventualiter sei ein neutrales polydisziplinäres Gutachten zu erstellen. 4. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtspflege mit dem Unterzeichneten als Vertreter zu bewilligen. 5. Es sei dem Unterzeichneten für eine Zusatzbegründung eine Nachfrist anzusetzen. 6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin, respektive zu Lasten des Staates infolge zu bewilligender unentgeltlicher Rechtspflege." (act. G 1).

C.b Mit Schreiben vom 14. März 2016 zog die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück (act. G 4).

C.c In der Beschwerdeantwort vom 7. April 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, und die Bestätigung des Einspracheentscheids (act. G 6). Zur Begründung wurde insbesondere ausgeführt, dass die Arbeitsunfähigkeit von 40% auf die anhaltenden psychischen Störungen zurückzuführen sei. Die Fussproblematik links habe bis zum Erlass des Einspracheentscheids keine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Hinsichtlich der Kopf- und Nackenbeschwerden hätten weder radiologisch noch neurologisch



strukturelle/organische Unfallfolgen objektiviert werden können. Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung sei der Endzustand sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht erreicht gewesen, da mit einer namhaften Besserung nicht mehr habe gerechnet werden können. Die psychische Störung sei ein eigenständiges Leiden, weshalb die Adäquanzprüfung nach der Psycho-Praxis zu erfolgen habe. Die psychischen bzw. organisch nicht ausgewiesenen Probleme müssten deshalb ausser Acht gelassen werden. Da beim Unfall von einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Fällen auszugehen sei, müssten für die Bejahung der Adäquanz mindestens vier massgebende Kriterien gehäuft oder einzelne in ausgeprägter Weise erfüllt sein. Dies sei vorliegend jedoch weder nach der Psycho-Praxis noch nach der Schleudertrauma-Praxis erfüllt.

C.d In der Replik vom 16. August 2016 hielt die Beschwerdeführerin unverändert an ihren Rechtsbegehren fest (act. G 14). Begründet wurde dies insbesondere damit, dass die Einschränkungen durch die Fussproblematik gar nie abgeklärt worden seien, obwohl die Diagnose am linken Fuss geeignet sei, die Arbeitsfähigkeit einzuschränken. Von einem Endzustand könne nicht ausgegangen werden, da die Beschwerdeführerin immer noch an den Unfallfolgen leide und regelmässig zur Physio- und Psychotherapie gehe. Im eingereichten Bericht der Klinik für Rheumatologie des KSSG vom 23. März 2016 erklärten Dr. med. W.\_\_\_\_, Dr. med. X.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. Y.\_\_\_\_, dass die chronifizierten Schmerzen wohl im Rahmen einer multimodalen Genese (degenerativ, muskuläre Dysbalance, Fibromyalgie, Depression, Frakturen) gesehen werden müssten. Empfohlen wurde dringend die Aufnahme einer stationären multimodalen Schmerztherapie sowie das Fortführen der Physiotherapien/Massagen und der MTT (act. G 14.1). Im Osteodensitometrie-Bericht des KSSG vom 5. April 2016 wurde festgestellt, dass densitometrisch zwar eine Osteopenie vorliege, die Ermüdungsfrakturen der proximalen Phalanx und Os metatarsale Dig. II Fuss links jedoch nicht als osteoporotische Frakturen gewertet werden könnten (act. G 14.2). Eingereicht wurden zudem diverse Nachweise über absolvierte Behandlungstermine (act. G 14.3-14.22, 14.26).

C.e In der Duplik vom 12. September 2016 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren bisherigen Anträgen unverändert fest (act. G 16).



## St.Galler Gerichte

C.f Mit Schreiben vom 21. September 2016 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin weitere Akten zum Beweis ein (act. G 18, G 18.1 - G 18.3). Im Bericht der Psychiatrischen Dienste L.\_\_\_\_ vom 13. September 2016 diagnostizierten Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. Ba.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Der Fokus der Behandlung wurde auf psychotherapeutische Interventionen gelegt (act. G 18.3).

C.g Am 23. September 2016 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Honorarnote über Fr. 6'247.80 ein (act. G 20, G 20.1).

C.h Am 7. Dezember 2016 liess die Beschwerdeführerin die Arztberichte der Departemente Radiologie und Chirurgie des Spitals K.\_\_\_\_ vom 2. und 5. Dezember 2016 einreichen. Bei der wegen eines Sturzes durchgeführten computertomographischen Untersuchung des Schädels und der Halswirbelsäule wurde u.a. als Befund eine eher ältere Deckplattenimpressionsfraktur von HWK7 mit geringer Höhenminderung ventral ohne Hinweis auf Frakturausläufer in die Hinterfläche und ohne Nachweis eines perifokalen Weichteilhämatoms erhoben (act. G 22, G 22.1, G 22.2). Im Schreiben vom 24. April 2017 führte Dr. S.\_\_\_\_ die kontinuierlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin und die Folgeereignisse auf die tomographisch festgestellte strukturelle Läsion der HWS zurück, welche wohl auf das Unfallereignis vom Dezember 2011 zurückzuführen sei (act. G 24).

## Erwägungen

1.

1.1 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 (UV-act. 239).

1.2 In der dem Einspracheentscheid zugrundeliegenden Verfügung vom 27. Mai 2015 (UV-act. 217) differenzierte die Beschwerdegegnerin zwischen den aufgetretenen Fussbeschwerden links und den weiteren Beschwerden. Für die Fussbeschwerden lehnte sie Leistungen ab, da kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang



gegeben sei. Für die weiteren Beschwerden wurde die Leistungseinstellung per 7. Juni 2015 damit begründet, dass die Adäquanz zum Unfall vom 5. Dezember 2011 zu verneinen sei, weshalb einerseits die (bisherigen) Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggelder) eingestellt würden und andererseits kein Anspruch auf weitere Geldleistungen (Invalidenrente, Integritätsentschädigung) bestehe.

1.3 Die Einsprache der Beschwerdeführerin richtete sich einerseits gegen die Verweigerung von Versicherungsleistungen hinsichtlich der Fussproblematik, da diese entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sehr wohl eine Folge des Unfalls am 5. Dezember 2011 sei, und andererseits gegen die Einstellung von Leistungen hinsichtlich der weiteren körperlichen und psychischen Beschwerden, da diese mit dem Unfallereignis zusammenhängen würden (UV-act. 219).

1.4 In Abweichung zur Verfügung vom 27. Mai 2015 hiess die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid die Einsprache teilweise gut, indem sie sich bereit erklärte, für die Heilbehandlung der fissuralen Stressfraktur im linken Vorfuss ohne Anerkennung einer Rechtspflicht aufzukommen, im Übrigen jedoch wies sie die Einsprache ab (UV-act. 239-18).

1.5 Zu prüfen ist folglich einerseits hinsichtlich der Fussproblematik, ob dieser Gesundheitsschaden unfallkausal ist und wenn ja, ob die Beschwerdeführerin über die Heilbehandlung hinaus Anspruch auf weitere Leistungen von der Invalidenversicherung wie Taggelder hat, und andererseits, ob die weiteren Beschwerden adäquat kausal zum Unfall vom 5. Dezember 2011 sind und wenn ja, ob ein über den 7. Juni 2015 hinaus andauernder Anspruch auf vorübergehende Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) oder, bei gerechtfertigtem Fallabschluss, der Anspruch auf eine Rente und/oder Integritätsentschädigung besteht.

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden



Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2011 zur Debatte steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.2 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen aus der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.).

2.2.1 Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt indessen 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, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung und kein Schädel-Hirntrauma erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa (sog. „Psycho-Praxis“) zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung oder eines Schädel-Hirntraumas, muss geprüft werden, ob zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörende



Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend. Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien (sog. „Schleudertrauma-Praxis“). 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).

2.2.2 Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss ebenso mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2012, 8C\_341/2012, E. 6.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 261 E. 3b). Bevor sich aber die Beweislastfrage stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2017, 8C\_488/2017, E 3.1).

2.3 Nach bundesgerichtlicher Praxis (BGE 134 V 109) ist die Adäquanzprüfung im Zeitpunkt des sogenannten 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 Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem



Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG; siehe dazu BGE 140 V 132 E. 2.2, 134 V 115 E. 4.2 und 5; Urteile des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 8C\_616/2013, E. 3.1.1, vom 2. Mai 2014, 8C\_888/2013, E. 4.1). Nach konstanter Rechtsprechung bedeutet dies, dass der Versicherer die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren hat, als von der Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands 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; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juni 2017, 8C\_58/2017, E. 4.1 mit Hinweisen). Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands noch erwartet werden kann, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffs „namhaft“ in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinn von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 115 E. 4.3). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen - wie etwa einer Badekur - zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen einen Anspruch auf deren Durchführung (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C\_888/2013, E. 4.1 mit Hinweisen).

## 2.4

2.4.1 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis).

2.4.2 Eine reine Aktenbeurteilung bzw. ein reines Aktengutachten ist nicht an sich beweisuntauglich. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden



Person rückt dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen; in einem solchen Fall kann auch ein reines Aktengutachten voll beweiswertig sein (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C\_681/2011, E. 4.1 mit Hinweisen). Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist aber, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 370 E. 5b).

2.4.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

3.

3.1 Am 10. April 2015 wurde von der Radiologie F.\_\_\_\_ eine fissurale Stressfraktur in der Basis der proximalen Phalanx von Digitus II mit Einstrahlung ins Gelenk ohne Stufenbildung mit erheblichen Knochenmarksödemen in der Basis und auch im Schaftbereich von Os metatarsale 2, periostaler Reaktion und perifokalem Weichteilödem festgestellt (UV-act. 209). Gemäss dem orthopädischen Chirurgen Dr. U.\_\_\_\_ litt die Beschwerdeführerin unter zermürenden Schmerzen und einer Druckdolenz im Bereich der Metatarsale. Deswegen sei die Analgesie ausgebaut worden. Zudem verordnete er das Tragen eines Spezialschuhs. Er rechnete mit einem günstigen Spontanverlauf (UV-act. 224, vgl. auch UV-act. 233-20).

3.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Kausalität der fissuralen Stressfraktur im linken Vorfuss zum Unfall vom 5. Dezember 2011 verneint und infolgedessen grundsätzlich eine Leistungspflicht abgelehnt hat.



3.3 Die Beschwerdeführerin führte die Fussbeschwerden auf die unfallbedingte Fehlhaltung und Fehlbelastung des Fusses zurück (vgl. act. G 1, G 14). Die Beschwerdegegnerin dagegen sah den Zusammenhang mit dem Unfall vom Dezember 2011 gestützt auf die Stellungnahmen ihres Kreisarztes Dr. T.\_\_\_\_ als nicht gegeben. Im Einspracheentscheid erklärte sich die Beschwerdegegner bereit, die diesbezüglichen Heilungskosten zu übernehmen, allerdings ohne Anerkennung einer Rechtspflicht (UV-act. 213, 216, 217, 229, act. G 1.2).

3.4 In den Arztberichten finden sich folgende Einschätzungen zur Kausalität der fissuralen Stressfraktur im linken Vorfuss. Dr. S.\_\_\_\_ erklärte im Arztbericht vom 24. April 2015, dass die Ermüdungsfraktur unfallbedingt sei, denn wegen der Fehlbelastung bei der Arbeit infolge Fehlhaltung sei es zur Fraktur gekommen (UV-act. 212-2 f.). Im Arztbericht vom 18. Februar 2016 führte Dr. S.\_\_\_\_ erneut die Ermüdungsfraktur des Mittelfusssknochens auf das Unfallereignis im Dezember 2011 zurück (act. G 1.8). Kreisarzt Dr. T.\_\_\_\_ erklärte in der Stellungnahme vom 6. Mai 2015, dass die von der Beschwerdegegnerin geklagte Beschwerdesymptomatik nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis von 2011 stehe, sondern es sich um eine unfallunabhängige Stressfraktur handle (UV-act. 213). In der ärztlichen Beurteilung vom 1. September 2015 führte Dr. T.\_\_\_\_ aus, dass verschiedene Ärzte von einer überlastungsbedingten Ermüdungsfraktur ausgingen. Daraus schloss Dr. T.\_\_\_\_, dass es sich um ein unfallunabhängiges Ereignis handle (UV-act. 229-4).

3.5 Festzustellen ist, dass unbestrittenermassen von einer überlastungsbedingten Ermüdungsfraktur im linken Vorfuss auszugehen ist. Die von der Beschwerdeführerin vertretene Ansicht, dass der Unfall vom 5. Dezember 2011 für diese Fraktur kausal sei, denn die verkehrsunfallbedingten Beschwerden hätten zu einer Fehlhaltung des Körpers (bei der Arbeit) und infolgedessen zu einer Überbelastung des linken Fusses geführt, kann nicht gefolgt werden. So gibt es in den Akten weder unfallzeitnahe Anhaltspunkte noch Nachweise, dass sich die Körperhaltung der Beschwerdeführerin seit dem Verkehrsunfall vom 5. Dezember 2011 (bedingt durch die HWS-Beschwerden) derart verändert hat, dass durch unsymmetrische Belastungen sich der ständige Knochenaufbau und -abbau verändert hat und infolgedessen die Knochenstrukturen im linken Vorfuss solchermassen geschwächt worden sind, dass im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden könnte, der Unfall vom



5. Dezember 2011 sei ursächlich für den Ermüdungsbruch im linken Vorfuss im Frühjahr 2015. Im von der Beschwerdeführerin als Beweis für die Unfallkausalität angeführten Arztbericht von Dr. S.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2016 (act. G 1.8) finden sich keine medizinischen Ausführungen, welche die Kausalität belegen würden. So wird im Arztbericht lediglich ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihrer Aussage wegen den chronischen Rückenschmerzen den linken Fuss bei der Arbeit immer mehr belastet habe. Infolgedessen ging der Arzt von der Unfallkausalität aus. Die Aussage der Beschwerdeführerin und die Folgerung des Arztes reichen jedoch nicht zum Nachweis der Unfallkausalität bezüglich des im Frühjahr 2015 festgestellten Ermüdungsbruchs im linken Vorfuss, zumal der Verkehrsunfall bereits mehr als drei Jahre zurücklag und die Unfallfolgen insbesondere die oberen Extremitäten (Kopf/Hals) betrafen.

3.6 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Fussbeschwerden bzw. die fissurale Stressfraktur im linken Vorfuss nicht kausal zum Verkehrsunfall vom 5. Dezember 2011 sind und deshalb - soweit vorliegend zu beurteilen - keine Leistungspflicht seitens der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit den Fussbeschwerden bzw. der fissuralen Stressfraktur im linken Vorfuss besteht.

4.

4.1 Nachfolgend ist die Rechtmässigkeit der Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggelder) hinsichtlich der "weiteren Beschwerden" (vgl. Erwägung 1) zu prüfen (vgl. Erwägung 2.3).

4.2 Die Beschwerdegegnerin ging vom Erreichen des Endzustandes bzw. von keiner weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch weitere Behandlungsmassnahmen mehr aus. Sie erwog daraufhin, ausgehend vom Vorliegen des typischen Beschwerdebilds eines Schleudertraumas, dass die nicht objektivierbaren Beeinträchtigungen im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund getreten bzw. stark überlagert worden seien (act. G 1.2-7 ff. E. 4 und 5), weshalb der Fall unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall (Anwendbarkeit der Psychopraxis) und nicht nach der Schleudertrauma-Praxis zu beurteilen sei. Deshalb berücksichtigte sie in Bezug auf die Prognose einer namhaften Besserung nur jene



medizinischen Behandlungen, welche sich auf die Behebung der organisch ausgewiesenen Beschwerden beziehen würden. Im Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 begründete sie das Erfüllen der Fallabschlussvoraussetzungen denn auch damit, dass einerseits die IV-Stelle berufliche Massnahmen abgelehnt habe und andererseits die übrigen Heilmassnahmen, die der Behebung der nicht objektivierbaren Beeinträchtigungen dienen würden, bei der Beantwortung der Frage des Erreichens des Endzustandes unberücksichtigt bleiben müssten. Der Fallabschluss sei zurecht erfolgt, da keine relevanten objektivierbaren Unfallfolgen vorlägen und selbst wenn noch manualtherapeutische Massnahmen durchgeführt würden, wären diese nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht namhafter Natur und daher unbeachtlich (act. G 1.2-9 ff.). Die Beschwerdeführerin geht dagegen nicht von einem medizinischen Endzustand per Leistungseinstellungszeitpunkt am 7. Juni 2015 aus, da sie immer noch an den Unfallfolgen leide und deswegen in ärztlichen Behandlungen sei (act. G 14-6). Ob die psychische Erkrankung eine Begleiterscheinung der HWS-Verletzung oder eine eigenständige Krankheit sei, sei von der Beschwerdegegnerin bislang noch nicht hinreichend abgeklärt worden. Dementsprechend könne auch nicht davon ausgegangen werden, dass die somatischen Beschwerden im Hintergrund stünden. Die Beschwerdegegnerin hätte folglich nicht die Psycho-Praxis heranziehen dürfen, sondern die Schleudertrauma-Praxis anwenden müssen (act. G 1, G

14).

4.3 Zur ersten Voraussetzung, dass allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sein müssen (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG), ist festzustellen, dass Eingliederungsmassnahmen von der IV-Stelle (bisher) nicht als notwendig erachtet wurden. In der Mitteilung vom 7. November 2014 sicherte die IV-Stelle der Beschwerdeführerin Beratung und Unterstützung beim Erhalt ihres heutigen Arbeitsplatzes zu (UV-act. 187). Am 17. April 2015 teilte die IV-Stelle mit, dass kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe, da die Abklärungen ergeben hätten, dass sie in angepasstem Rahmen wieder ihrer früheren Tätigkeit bei ihrer bisherigen Arbeitgeberin nachgehen könne (UV-act. 211).

4.4 Im Weiteren ist zu prüfen, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands bzw. eine Steigerung oder



Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG).

4.4.1 In Bezug auf die bisherige Entwicklung der Arbeitsfähigkeit ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin rund einen Monat nach dem Unfall ihre Arbeit wieder zu 50% aufnahm, jedoch hinsichtlich der zumutbaren Tätigkeiten eingeschränkt war (vgl. UV-act. 11 f., 35, 42, 47, 56). Ab 8. Oktober 2012 steigerte sie trotz erheblicher Schmerzen ihr Pensum auf 60% (UV-act. 77, 82-5, 88 f., 91), ab 21. Mai 2013 auf 70% (UV-act. 114) und ab Januar 2014 auf 80%. Effektiv dürfte wegen der tageweisen gänzlichen Arbeitsunfähigkeiten die erbrachte Leistung geringer gewesen sein. Am 28. April 2014 führte die übermässige Einnahme von Schmerzmitteln zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Die Ärzte erkannten die interdisziplinäre Behandlungsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin und installierten sukzessive bis Ende 2014 aufeinander abgestimmte Behandlungsmassnahmen bestehend aus Schmerz-, Physio- und Psychotherapien. Am 16. Mai 2014 konnte sie die Arbeit wieder zu 50% aufnehmen und am 6. Oktober 2014 auf 60% erhöhen. Ab Januar 2015 traten keine schmerzbedingten tageweisen Arbeitsunfähigkeiten mehr auf (vgl. UV-act. 205: Besprechungsprotokoll vom 17. März 2015).

4.4.2 In der psychiatrischen Beurteilung vom 27. Oktober 2014 (UV-act. 181) stellt der Konsiliarpsychiater der Beschwerdegegnerin Dr. P. \_\_\_ fest, dass der bisherige Verlauf nach craniocephalem Beschleunigungstrauma bei dieser Art von Unfällen nicht ganz selten zu beobachten sei. Die festgestellten degenerativen Veränderungen der HWS und BWS sowie eine vor dem Unfall bestehende prädisponierte Persönlichkeit könnten dazu beitragen, dass die auftretenden Beschwerden hartnäckig seien und sich auch nur verzögert zurückbilden würden (UV-act. 181-8 f., 181-11). Positiv beurteilte der Psychiater, dass sich die Beschwerdeführerin auf ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Behandlungssetting eingelassen habe, denn es drohe ansonsten eine Chronifizierung (UV-act. 181-10). Aus den Aussagen kann jedoch nicht gefolgert werden, dass aus psychiatrischer Sicht selbst mit dem neuen Behandlungssetting (inklusive Psychotherapie) sich der Gesundheitszustand und damit auch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin noch namhaft verbessern würde.



4.4.3 Gemäss der Kurzstellungnahme von Kreisarzt Dr. J.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2015 ist aus somatischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes zu rechnen. Behandlungsvorschläge nannte er keine (UV-act. 201). In der kurzen Stellungnahme vom 6. Mai 2015 beantwortete Kreisarzt Dr. T.\_\_\_\_ die Frage, ob durch eine weitere Behandlung eine erhebliche Verbesserung der Unfallfolgen erwartet werden könne, wie folgt: "keine weitere Verbesserung der Unfallfolgen zu erwarten" (vgl. UV-act. 213).

4.4.4 Im Arztbericht der Psychiatrischen Dienste L.\_\_\_\_ vom 25. November 2014 gingen die Klinikärzte Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ vom Vorliegen gewichtiger somatischer Faktoren aus. Psychische Faktoren seien dagegen nicht ursächlich für die Beschwerden, würden aber zu deren Aufrechterhaltung beitragen. In den letzten Wochen hätten sich durch das verhaltenstherapeutisch-orientierte psychotherapeutische Vorgehen erste Schritte in Richtung einer Zustandsverbesserung gezeigt. Hinsichtlich der depressiven Symptome gingen die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums bei Fortsetzung der aktuellen psychotherapeutischen Behandlung im Laufe der nächsten sechs Monate zumindest von einer Teilremission aus. Bezüglich der Schmerzproblematik stellten sie eine verhaltene Prognose, es sei aber durchaus möglich, dass die Beschwerdeführerin im weiteren Behandlungsverlauf Strategien erlerne, um mit den Schmerzen besser umgehen zu können. Sie hätten vor, sobald sich das Zustandsbild der Beschwerdeführerin stabilisiert habe, das Arbeitspensum versuchsweise um weitere 10% zu erhöhen. Eine weitere Steigerung bis hin zu 100% könne nicht ausgeschlossen werden, benötige aber mindestens ein bis zwei Jahre (UV-act. 191, 233-22). Festzuhalten ist, dass die Fachärzte davon ausgehen, dass es Chancen gebe, dass mit Therapien der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könne. Aus dem Arztbericht kann jedoch nicht entnommen werden, dass es sich dabei um eine zu erwartende namhafte Besserung handelt. Zudem war der angegebene Zeitraum von sechs Monaten für die Zustandsverbesserung zum Zeitpunkt der leistungsabweisenden Verfügung vom 27. Mai 2015 bereits überschritten.

4.4.5 Im Klinikbericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 4. Dezember 2014 erklärten die Ärzte, dass eine multimodale Schmerztherapie mit Massagen, Physiotherapie, psychotherapeutischer Begleitung und analgetischer Therapie



installiert worden sei. Ergänzend dazu wurde ein erneuter Versuch mit einem Stufe III Opiat in Betracht gezogen, diesmal jedoch mit ausgebauter Therapie zur Behandlung der Nebenwirkungen (UV-act. 197). Zur Frage, ob mit den Behandlungen eine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden kann, nimmt der Bericht nicht Stellung.

4.4.6 Im Arztbericht vom 18. Februar 2016 führte Dr. S.\_\_\_\_ die aktuellen Beschwerden - wie auch die Ermüdungsfraktur des Mittelfussknochens - auf das Unfallereignis im Dezember 2011 zurück. Da die anderen Ereignisse mit objektiv feststellbaren Verletzungen (Juli 2015: Partialruptur des medialen Gastrognemiuskopfes, November 2015: Kontusion der rechten Schulter) folgenlos abgeheilt waren, ging der Arzt nicht von einer krankhaften Chronifizierung der Unfallfolgen aus (act. G 1.8). Aus dieser Aussage lässt sich jedoch nicht schliessen, dass Dr. S.\_\_\_\_ mit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin rechnete.

4.5 Anzumerken ist, dass die Ereignisse und deren Folgen, welche nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Verkehrsunfall vom 5. Dezember 2011 zurückzuführen sind, bei der Einschätzung, ob noch von einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden kann, ausser Betracht bleiben müssen. Dies betrifft insbesondere - wie zuvor in Erwägung 3 dargelegt - die Stressfraktur im linken Fuss im April 2015 sowie die Deckplattenimpressionsfraktur von HWK7. Letztgenannte Verletzung, welche anlässlich einer CT-Untersuchung des Schädels und der HWS am 2. Dezember 2016 im Spital K.\_\_\_\_ festgestellt worden war, wurde von den Ärzten Dr. med. Bb.\_\_\_\_ und Dr. med. Bc.\_\_\_\_ als "eher ältere Deckplattenimpressionsfraktur von HWK7" eingestuft (vgl. act. G 22.1, G 22.2). Da die Deckplattenimpressionsfraktur jedoch weder im Röntgen vom Unfalltag noch im MRI vom 26. Februar 2013 erkannt wurde, kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass diese Verletzung kausal zum Unfallereignis vom 5. Dezember 2011 ist.

4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Endzustand hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen des Verkehrsunfalls vom 5. Dezember 2011 zum Leistungseinstellungszeitpunkt per 7. Juni 2015 erreicht war.



5.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den behandlungsbedürftigen Leiden und dem Unfall vom 5. Dezember 2011 gegeben ist.

5.1

5.1.1 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist gemäss Rechtsprechung im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Bei der 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 dazwischenliegenden 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 im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist, und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen dafür mehrere Kriterien herangezogen werden (BGE 134 V 109 E. 10.1).

5.1.2 Zur Einstufung des Unfallereignisses nach dessen Schwere liefert das unfallanalytische Kurzgutachten der AXA Winterthur vom 6. Juni 2012 (UV-act. 53) Erkenntnisse zu den Geschwindigkeiten bzw. Geschwindigkeitsdifferenzen beim Unfall. Gestützt auf das Kurzgutachten ging die Beschwerdegegnerin von einem mittelschweren Ereignis an der Grenze zu den leichten Fällen aus (vgl. G 6-7). Diese Einschätzung der Unfallschwere kann insbesondere in Anbetracht der gutachterlich nicht umfassend ermittelten Geschwindigkeiten bzw. Geschwindigkeitsdifferenzen bei der zweifachen Kollision (Auffahrkollision und anschliessender Aufprall in das vordere



Fahrzeug) nicht nachvollzogen und daher auch nicht gefolgt werden. Angemessen erscheint von einem mittelschweren Ereignis im mittleren Bereich auszugehen. Folglich sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen.

### 5.2

5.2.1 Während die Beschwerdeführerin von der Anwendbarkeit der Schleudertrauma-Praxis und infolgedessen von der Berücksichtigung der psychischen Leiden ausgeht, erachtet die Beschwerdegegnerin die Psychopraxis für anwendbar, da die psychische Störung (chronische Schmerzstörung mit mittelgradiger depressiver Episode) nicht ein Teil der schleudertraumaspezifischen Beschwerden sei, sondern ein eigenständiges Leiden darstelle mit der Folge, dass die psychischen bzw. organisch nicht ausgewiesenen Probleme ausser Acht zu bleiben hätten (vgl. G 6-6).

5.2.2 Vorliegend kann die Frage, ob die psychischen Beschwerden ausser Acht zu lassen (Anwendung der Psycho-Praxis) oder mit zu berücksichtigen sind (Anwendung der Schleudertrauma-Praxis) unbeantwortet bleiben, denn wie nachfolgend dargelegt sind die gemäss der Rechtsprechung erforderlichen Kriterien zur Bejahung der Adäquanz selbst bei Berücksichtigung der psychischen Beschwerden (Schleudertrauma-Praxis) vorliegend nicht erfüllt.

5.3 Die in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehenden Kriterien lauten: 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; erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 109 E. 10.3).

5.3.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (Urteil des



Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1). Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2008, 8C\_39/2008, E. 5.2). Aus den Akten ergeben sich keine Umstände, die den Unfall unter objektiven Gesichtspunkten als besonders dramatisch oder besonders eindrücklich erscheinen lassen würden (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 6. November 2012, 8C\_398/2012, E. 6.1.1). Dieses Kriterium ist damit nicht erfüllt.

5.3.2 Bezüglich des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin insbesondere eine HWS-Distorsion Grad II sowie ein Thoracalsyndrom erlitt (vgl. UV-act. 8). Rund zwei Monate nach dem Unfall wurden in der Rehaklinik Bellikon im Rahmen des HWS-Assessment erhoben dauerhafte rechtsbetonte Zephalgien, rechtsbetonte Dauerschmerzen des Nackens sowie vorbestehende Belastungsschmerzen Schulter links, welche seit dem Unfall verstärkt seien (vgl. UV-act. 31, 38). Bereits einen Monat nach dem Unfall konnte die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit wieder zu 50% aufnehmen und danach sukzessive steigern (vgl. UV-act. 11, 114, 139). Die in den folgenden Jahren aufgetretenen Leiden wie die Wirbelsäulenbeschwerden verursacht durch die unfallunabhängigen vorbestehenden Verschleisserscheinungen der Bandscheibensegmente C2-C6 (vgl. UV-act. 229; vgl. dazu auch act. G 14.1) und die Deckplattenimpressionsfraktur von HWK7 (vgl. UV-act. G 22.1, G 22.2 sowie die Bein-/Fussproblematik (vgl. Erwägung 3) stehen nicht im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall im Jahr 2011 und müssen daher unberücksichtigt bleiben. Die psychischen Leiden sind höchstens teilweise auf den Verkehrsunfall zurückzuführen (vgl. UV-act. 141, 144: Intoxikation durch einen Überkonsum an Schmerzmittel, fraglicher Suizidversuch). Insgesamt ist festzustellen, dass die dem Verkehrsunfall im Jahr 2011 zurechenbaren Leiden, weder eine besondere Schwere ausweisen, noch von besonderer Art sind, weshalb das Kriterium nicht erfüllt ist.

5.3.3 Bezüglich des Kriteriums einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist festzustellen, dass die aufgrund der Verkehrsunfallfolgen verordneten Physiotherapien nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 75). Selbst bei Berücksichtigung der weiteren Behandlungen wie



die Schmerztherapien wird das Kriterium nicht erfüllt, sind doch diese Behandlungen vorliegend nicht als belastend einzustufen.

5.3.4 Zum Kriterium der erheblichen Beschwerden ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall stets geltend machte, dass sie Schmerzen habe. Dass die Beschwerdeführerin unter Schmerzen leidet ist unbestritten. Das Kriterium der erheblichen Beschwerden ist daher zu bejahen, aber nicht im ausgeprägten Sinne.

5.3.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ist weder geltend gemacht noch geht dies aus den Akten hervor, weshalb dieses Kriterium verneint werden muss.

5.3.6 Das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen ist zu verneinen, verbesserten sich doch der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin - bis auf den Rückschlag durch das Intoxikationsereignis - stets.

5.4 Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist vorliegend ebenfalls nicht gegeben, arbeitete doch die Beschwerdeführerin an ihrem angestammten Arbeitsplatz seit längerem wieder in einem grösseren Pensum. Die zum Verfügungszeitpunkt bzw. beim Erlass des Einspracheentscheids noch bestehende Arbeitsunfähigkeit kann höchstens in einem geringen Mass auf den Unfall im Jahr 2011 zurückgeführt werden, denn wie bereits bei den anderen Kriterien dargelegt, traten in den Jahren nach dem Unfall neue Leiden (Bein-/Fussbeschwerde, degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule, Schmerzmittelüberkonsum) auf, welche nicht im erforderlichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall im Jahr 2011 zurückgeführt werden können.

5.5 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass lediglich eines der obgenannten Adäquanzkriterien zu bejahen ist, weshalb vorliegend ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 5. Dezember 2011 und den geklagten gesundheitlichen Leiden zu verneinen ist.



## St.Galler Gerichte

5.6 Bei dieser Ausgangslage kann auf ergänzende medizinische Abklärungen - wie das von der Beschwerdeführerin geforderte Gutachten - verzichtet werden, da keine relevanten Erkenntnisse für die Entscheidungsfindung erwartet werden können.

5.7 Aufgrund des fehlenden adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 7. Juni 2015 bestehenden Leiden und dem Unfall vom 5. Dezember 2011 ist auch die Abweisung weiterer Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung nicht zu beanstanden.

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist der Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 nicht zu beanstanden und die Beschwerde vom 19. Februar 2016 vollumfänglich abzuweisen.

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

6.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

## Entscheid

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.