



Fall-Nr.: UV 2017/3
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 10.02.2020
Entscheiddatum: 17.09.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 17.09.2019

Art. 6, 18f., 24 UVG. Verneinung objektiverbarer struktureller Verletzungen im Bereich der HWS. Adäquanz zwischen den organisch nicht objektiverbaren Beschwerden und dem Unfall nach der sogenannten "Psycho-Praxis" (BGE 115 V 133) verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. September 2019, UV 2017/3).

Entscheid vom 17. September 2019

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Miriam Lendfers und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2017/3

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Florian Németh, bürki bolt németh rechtsanwälte, Auerstrasse 2, Postfach 91, 9435 Heerbrugg,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Bachmann, Lischer, Zemp & Partner,
Schwanenplatz 4, 6004 Luzern,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als Angestellte (Spezialreinigerin) der B.____ AG bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 20. Januar 2011 in C.____ in D.____ als Beifahrerin des von ihrem Ehemann gelenkten Personenwagens mit einem anderen Fahrzeug kollidierte. Die Erstbehandlung der Versicherten fand im Landeskrankenhaus E.____, D.____, statt (vgl. act. G11.1 [nachfolgend: Suva-act.] 1, 5, 18, 33). Im Klinikbericht vom 20. Januar 2011 wurden diagnostiziert eine diskrete HWS-Distorsion mit Muskelhartspann rechts sowie linker Nackenbereich paravertebral. Im Weiteren wurde ausgeführt, dass die Röntgenbilder keinerlei Hinweise auf eine frische knöcherner Läsion ergeben hätten und die neurologischen Befunde unauffällig gewesen seien (Suva-act. 6; vgl. auch Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 17. März 2011, Suva-act. 22). Die Nachbehandlung fand bei Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, statt. Die Ärztin bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 21. Januar 2011, verordnete Physiotherapien und empfahl eine kreisärztliche Begutachtung (Suva-act. 9, 11, 15, 19; vgl. Suva-act. 13). Gemäss Suva-Gesprächsprotokoll vom 23. Februar 2011 berichtete die Versicherte über ganztägige Schmerzen im Bereich des ganzen Rückens sowie über Schwindel und Unwohlsein (vgl. Suva-act. 10). Zur gesundheitlichen



St.Galler Gerichte

Situation der Versicherten ist aktenkundig, dass sie bereits im Jahr 2006 wegen Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und eingeschränkter Beweglichkeit der HWS in ärztlicher Behandlung gewesen sei. Damals seien eine subacromiale Infiltration der rechten Schulter mit Lokalanästhetikum und mit Kortison durchgeführt sowie Physiotherapien verordnet worden (Suva-act. 154-16ff., 154-25, 154-33f.). Zudem sei die Versicherte vor rund 5 Jahren wegen inneren Ohrenschwindels ärztlich behandelt worden (vgl. Suva-act. 34-1). Am 4. März 2011 ging Dr. F.____ von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ab dem Folgetag aus (Suva-act. 15).

A.b. Mit Schreiben vom 7. März 2011 sicherte die Suva der Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 69).

A.c. Ab dem 19. März 2011 bestand noch eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 24). Laut dem Suva-Gesprächsprotokoll vom 4. April 2011 klagte die Versicherte über Schulter- und Nackenschmerzen, die nach dem Arbeiten stärker seien (Suva-act. 25). Ab dem 1. Mai 2011 war die Versicherte wieder zu 100% arbeitsfähig (Suva-act. 31; vgl. Suva-act. 34-1). Am 10. Mai 2011 erklärte sie, dass sie immer noch Nackenschmerzen habe und die Beweglichkeit des Kopfes eingeschränkt sei. Seit etwa zwei bis drei Wochen würden die Ausstrahlungen vom Nacken aus in beide Arme bis hin zu den Fingern gehen. Zeitweise habe sie Kopfschmerzen und verspüre im rechten Ohr ein Ohrenpfeifen. Bei schnellem Aufstehen oder schnellen Kopfbewegungen trete kurzfristig ein Schwindel auf (Suva-act. 34-1). Eine gleichentags durchgeführte vertebrospinale Kernspintomographie C0-TH4 ergab minimale Bewegungsartefakte in einzelnen Sequenzen, jedoch keine posttraumatischen Läsionen (Suva-act. 36).

A.d. Gemäss der von der Suva in Auftrag gegebenen biomechanischen Kurzbeurteilung der AGU Zürich vom 24. Mai 2011 lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv) unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereiches von 20 bis 30 km/h. Bei der Kollision seien weder Airbags noch Gurtstraffer ausgelöst worden. Gefolgert wurde, dass die geklagten HWS-Beschwerden durch die Kollisionseinwirkung eher nicht erklärbar seien (Suva-act. 40-2ff.).



St.Galler Gerichte

A.e. Am 20. Juni 2011 diagnostizierte Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, ein zervikozephalas und -vertebrales Syndrom (Suva-act. 45). Laut der Suva-Telefonnotiz vom 15. Juli 2011 berichtete die Versicherte über Nackenschmerzen, die in den rechten Arm ausstrahlen würden, Schwindel und Vergesslichkeit. Sie könne wegen der Schmerzen nicht gerade/aufrecht gehen. Wegen der vielen Medikamente leide sie unter Durchfall. Im Weiteren informierte sie, dass sie noch gleichentags (als Beifahrerin) mit dem Auto nach H.____ in die Ferien fahren werde. Zurück sei sie am 6. oder 7. August 2011 (Suva-act. 48f.).

A.f. Am 16. August 2011 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten per 31. Oktober 2011 unter Hinweis auf betriebliche Gründe (vgl. Suva-act. 239).

A.g. Gemäss dem Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 18. August 2011 wurde beim ambulanten Assessment vom 10. August 2011 eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt. Diagnostiziert wurden insbesondere eine HWS-Distorsion QTF I und ein Verdacht auf eine depressive Symptomatik. Empfohlen wurden insbesondere die Wiederaufnahme der Physiotherapie mit Betonung auf aktiver Bewegungstherapie und medizinischer Trainingstherapie sowie eine psychosomatisch orientierte Behandlung (Suva-act. 60).

A.h. Im Arztbericht vom 25. Oktober 2011 diagnostizierte Dr. med. I.____, Fachärztin für Neurologie FMH, ein leichtgradiges posttraumatisches, rein sensibles Karpaltunnelsyndrom rechts (vgl. Suva-act. 84). In der Stellungnahme vom 18. November 2011 ging Kreisarzt Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hinsichtlich des Karpaltunnelsyndroms aufgrund der vorliegenden Arztberichte nur von einer möglichen, aber nicht sehr wahrscheinlichen posttraumatischen Genese aus (Suva-act. 88).

A.i. Im Arztbericht vom 6. Januar 2012 diagnostizierte Dr. med. K.____, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, einen chronischen Tinnitus links, eine Hyperakusis sowie Schwindel bei Status nach HWS-Distorsion vom 20. Januar 2011 im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms mit reaktiver Depression. Den ORL-Status beurteilte sie bis auf die Nackenbeschwerden als unauffällig. Die Grundlage des



gesamten Systemkomplexes sei die depressive Verarbeitung des chronischen Schmerzsyndroms (vgl. Suva-act. 93). In der auf die Akten gestützten ärztlichen Beurteilung vom 23. Januar 2012 erklärte Dr. med. L.____, Facharzt für Ohren-, Nasen und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie FMH, Suva Arbeitsmedizin, es sei praktisch auszuschliessen, dass die Versicherte beim Unfall vom 20. Januar 2011 eine strukturell-organische Läsion der Hör- und Gleichgewichtsorgane erlitten habe. Die von der Versicherten geklagte Hyperakusis und der Schwankschwindel seien am ehesten als Ausdruck der depressiven Entwicklung zu verstehen (Suva-act. 101).

A.j. Mit Stellungnahme vom 6. Februar 2012 hielt Kreisarzt Dr. J.____ fest, dass entsprechend der medizinischen Dokumentation keine organisch fassbaren Unfallfolgen mehr vorlägen. Es sei von einem medizinischen Endzustand auszugehen (Suva-act. 108).

A.k. Ab dem 10. Februar 2012 wurde die Versicherte ambulant im Abstand von zwei bis drei Wochen im Psychiatrie-Zentrum M.____ behandelt. Attestiert wurde ab Behandlungsbeginn aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 161).

A.l. Mit Verfügung vom 10. Februar 2012 teilte die Suva der Versicherten mit, dass keine adäquat kausalen Unfallfolgen vorlägen, weshalb die Versicherungsleistungen per 17. Februar 2012 eingestellt würden (Suva-act. 109). Am 16. Februar 2012 und mit ergänzender Begründung vom 4. Mai 2012 erhob der Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. Thomas Bolt, Heerbrugg, Einsprache (Suva-act. 110, 130). Am 8. Oktober 2012 zog die Suva die Verfügung vom 10. Februar 2012 zurück (Suva-act. 141).

A.m. Vom 28. Februar bis 5. März 2013 war die Versicherte aufgrund einer notfallmässigen Selbstzuweisung zur Abklärung von Dysphagiebeschwerden im Spital N.____ hospitalisiert. Die durchgeführte obere Panendoskopie sowie die Abdomensonographie erbrachten keine pathologischen Befunde und auch laborchemisch fanden sich keine Auffälligkeiten. Hinweise auf eine somatische Störung ergaben sich nicht (Suva-act. 159).



A.n. Vom 19. März bis 19. April 2013 war die Versicherte in stationärer Behandlung in der psychiatrischen Klinik O.___. Im Arztbericht vom 7. August 2013 wurden eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) sowie eine Somatisierungsstörung (F45.0) diagnostiziert. Während des Aufenthalts habe die Versicherte eine depressive Symptomatik einhergehend mit Schlafstörungen, innerer Unruhe, sozialem Rückzug und geringer Belastbarkeit gezeigt. Der Versuch einer antidepressiven Einstellung sei wiederholt wegen aufgetretener Nebenwirkungen gescheitert. Der Behandlungsverlauf habe sich schwierig gestaltet, da die Versicherte aufgrund ihrer hohen Ansprüche an sich aber auch an die Behandlung viele Forderungen gestellt, sich nicht ernstgenommen gefühlt und sich zu hohe und zum Grossteil unrealistische Ziele gesetzt habe. Als zusätzlich der Schlaf durch ihre Zimmernachbarin gestört worden sei, habe die Versicherte kurzfristig die stationäre Behandlung abgebrochen und sich wieder in ambulante Behandlung begeben (Suva-act. 179).

A.o. Am 2. Juli 2013 meldete die Versicherte der Suva, dass sie an Kieferschmerzen leide (vgl. Suva-act. 172f.). Die am 8. Oktober 2013 im Spital P.___ durchgeführte MRI-Untersuchung der Kiefergelenke zeigte degenerative Veränderungen, jedoch keine traumatische Pathologie (Suva-act. 195). Am 11. Dezember 2013 wurden bei der Versicherten im Spital Q.___ eine Adhäsion des Discus articularis und eine Arthroplastik des rechten Kiefergelenks durchgeführt (Suva-act. 221). In der Stellungnahme vom 18. März 2014 erklärte Kreisarzt Dr. J.___, dass bei fehlenden strukturellen unfallbedingten Schäden im Kieferbereich und unerwähnter Kieferpathologie in den Echtzeitdokumenten die erforderliche überwiegende Wahrscheinlichkeit zur Anerkennung einer Unfallkausalität nicht gegeben sei. Im Weiteren ging der Kreisarzt von einem Endzustand hinsichtlich der Unfallfolgen aus (Suva-act. 225).

A.p. Am 11. April 2014 untersuchte Dr. med. R.___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Konsiliarpsychiater der Suva, die Versicherte. Den Ehemann zog er im zweiten Teil der Untersuchung hinzu. Zudem nahm er Rücksprache mit den die Versicherte und ihren Ehemann behandelnden Ärzten. Im Arztbericht vom 15. April 2014 diagnostizierte er ein depressives Syndrom, leichter bis mittelgradiger Ausprägung, aktuell leichter Ausprägung auf dem Boden einer Anpassungsstörung



nach Unfall im Januar 2011 und auf dem Boden einer histrionischen Persönlichkeit (ICD-10: F32.0, F43.2 und F60.4). Im Weiteren führte er aus, dass basierend auf den erhobenen Befunden nicht oder nicht mehr von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden könne. Da ein chronifizierter Paarkonflikt vorliege und die Behandlungsoptionen aus psychiatrischer Sicht nicht ausgeschöpft seien, schlug er vor, die Primärpersönlichkeit der Versicherten zu behandeln oder die bisherige Behandlung fortzusetzen und dabei den Fokus zusätzlich auf die Anpassungsstörung zu legen sowie ergänzend eine Paartherapie durchzuführen (Suva-act. 234). Dem Paartherapievorschlag wurde - da der Ehemann damit nicht einverstanden war - keine Folge geleistet (vgl. Suva-act. 236, 247, 256).

A.q. In der Beurteilung vom 3. September 2014 erklärte Dr. med. S.____, Fachärztin für Chirurgie, Suva-Versicherungsmedizin, dass es sich bei den Beschwerden im Bereich des rechten Kiefergelenks nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit um Folgen des Unfalls vom 20. Januar 2011 handle (Suva-act. 267, vgl. Suva-act. 268).

A.r. Im Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2014 diagnostizierte Dr. med. T.____, Fachärztin für Psychiatrie, Psychiatrische Dienste Süd, eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) und eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0). Die Ärztin empfahl das Fortführen der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres (Suva-act. 274).

A.s. In der psychiatrischen Beurteilung vom 27. Januar 2015 hielt Dr. R.____ fest, dass hinsichtlich der Symptomatik - unabhängig der ehelichen Konfliktsituation und den ausgeprägten histrionischen Persönlichkeitsanteilen - mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer natürlichen Teilkausalität in Bezug auf den Unfall vom 20. Januar 2011 auszugehen sei. Der Arzt erachtete die weitere Behandlung als sinnvoll und indiziert. Er ging jedoch aufgrund des Behandlungsverlaufs und der erhobenen Befunde mit grosser Wahrscheinlichkeit davon aus, dass die weitere Behandlung nicht mehr dazu diene, eine namhafte Verbesserung herbeizuführen (Suva-act. 284).



A.t. Mit Verfügung vom 9. Februar 2015 eröffnete die Suva der Versicherten, dass die für die Folgen des Unfalls vom 20. Januar 2011 erbrachten Leistungen per 28. Februar 2015 eingestellt würden. Die aktuell noch geklagten Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar und die Adäquanz zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis vom 20. Januar 2011 sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. 285).

B.

B.a. Am 11. März 2015 liess die Versicherte gegen die Verfügung vom 9. Februar 2015 Einsprache erheben (Suva-act. 287).

B.b. Mit Einspracheentscheid vom 25. November 2016 wies die Suva die Einsprache ab. Zur Begründung wurde insbesondere angeführt, dass die Röntgenbilder und das MRI der HWS keine ossäre/posttraumatische Läsion gezeigt hätten und die neurologischen Befunde anlässlich der Erstbehandlung unauffällig gewesen seien. Die Abklärungen hätten ausserdem ergeben, dass das Karpaltunnelsyndrom rechts unfallfremd sei, keine strukturell-organische Läsion der Hör- und Gleichgewichtsorgane vorliege und die Kieferbeschwerden nicht im Zusammenhang mit dem Unfall ständen. Damit habe der Unfall vom 20. Januar 2011 keine Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen hinterlassen. Es sei von einem mittelschweren Unfall mit Tendenz zu den leichten Unfällen auszugehen. Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung habe nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes gerechnet werden können. Da die gemäss Rechtsprechung verlangten Kriterien für den mittelschweren Bereich nicht bzw. nicht im erforderlichen Masse erfüllt seien, sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen zu verneinen. Infolgedessen bestehe weder ein Anspruch auf eine Invalidenrente noch auf eine Integritätsentschädigung (Suva-act. 314).

C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 25. November 2016 erhob Rechtsanwalt lic. iur. Florian Németh, Heerbrugg, für die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin)



am 11. Januar 2017 (act. G1) und mit Ergänzung am 7. Juni 2017 (act. G9) Beschwerde mit den Anträgen, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien für die Folgen des Unfallereignisses vom 20. Januar 2011 über den 28. Februar 2015 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen (insbesondere Taggelder, Heilungskosten) auszurichten. Eventualiter sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Subeventualiter sei die Sache zur weiteren (medizinischen) Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung wurde insbesondere ausgeführt, dass die Adäquanzprüfung zu früh erfolgt sei, da noch mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes habe gerechnet werden können. Das typische, gemischte somatisch-psychische Beschwerdebild nach schleudertraumaähnlicher Verletzung sei vorliegend gegeben. Der Fall sei nach der Schleudertrauma- und nicht nach der Psycho-Praxis zu beurteilen, weshalb eine Differenzierung nach somatischen und psychischen Beschwerden nicht angezeigt sei. Das Unfallereignis sei als mittelschwer, eher gegen schwer einzustufen. Die Adäquanzprüfungskriterien fortgesetzte spezifische, belastende ärztliche Behandlung, erhebliche Beschwerden sowie komplizierter Heilungsverlauf seien erfüllt. Demzufolge seien die geklagten Beschwerden kausal zum Unfallereignis vom 20. Januar 2011 (vgl. act. G9).

C.b. Mit Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2017 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Bachmann, Luzern, die Abweisung der Beschwerde vom 11. Januar 2017 und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 25. November 2016. Zur Begründung wurde insbesondere ausgeführt, dass aufgrund der biomechanischen Beurteilung von einem mittelschweren Unfall mit Tendenz zu den leichten Unfällen auszugehen sei. Anfänglich sei lediglich eine diskrete HWS-Distorsion mit Muskelhartspann rechts sowie auch im linken Nackenbereich diagnostiziert worden. Es habe keine Hinweise auf eine frische knöcherne Läsion gegeben. Nicht geklagt worden seien Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Hör- und Sehstörungen. Das typische bunte Beschwerdebild nach HWS-Distorsion sei nicht ausgewiesen, da entsprechende Beschwerden erst vier Monate nach dem Unfall in den Akten erwähnt worden seien. Folglich fehle es rechtsprechungsgemäss schon am natürlichen Kausalzusammenhang zwischen diesen Beschwerden und dem Unfallereignis. Die ORL-Beschwerden, das



St.Galler Gerichte

Karpaltunnelsyndrom, die Kieferbeschwerden und die Augenbeschwerden seien gemäss den Ärzten unfallfremder bzw. nicht unfallkausaler Natur. Aufgrund der Observationserkenntnisse aus dem Parallelverfahren der Invalidenversicherung, der in Arztberichten verschiedentlich erwähnten Verdeutlichungstendenzen sowie der Ferienreise mit dem Auto nach H.____ müssten die Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin zumindest hinterfragt werden. Da die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen im Vergleich zur vorliegend ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten würden, sei die Beurteilung praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (sog. Psycho-Praxis). Infolgedessen seien nur die organisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen, während die nicht objektivierbaren Schmerzen auszuklammern seien. Die Adäquanzprüfungskriterien seien vorliegend allesamt nicht erfüllt. Folglich stünden die geklagten Beschwerden weder in einem natürlichen noch in einem adäquat kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 20. Januar 2011 (act. G11).

C.c. Mit Replik vom 13. Dezember 2017 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest. Geltend gemacht wurde, dass aus dem Observationsbericht keinerlei Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gezogen werden könnten. Eine Differenzierung zwischen somatischen und psychischen Beschwerden sei nicht angezeigt. Die natürliche und adäquate Kausalität der geklagten Beschwerden zum Unfall vom 20. Januar 2011 sei gegeben (act. G19).

C.d. Mit Duplik vom 21. Dezember 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf Abgabe einer einlässlichen Stellungnahme und hielt ebenfalls an ihren Rechtsbegehren fest (act. G21).

Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss 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, nachdem der Streitigkeit Ereignisse aus dem Jahr 2011 zu Grunde liegen (siehe Erwägung 2), die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

2.1. Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin infolge des Unfalls vom 20. Januar 2011 eine diskrete HWS-Distorsion mit Muskelhartspann rechts sowie linker Nackenbereich paravertebral erlitten hat (Suva-act. 6, 22). Die Beschwerdegegnerin hat im Zusammenhang mit dem Unfallereignis Ansprüche der Beschwerdeführerin auf vorübergehende Leistungen anerkannt und grundsätzlich bis 28. Februar 2015 Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen erbracht (vgl. Suva-act. 69).

2.2. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 25. November 2016 (Suva-act. 314). Diesem liegt die Verfügung vom 9. Februar 2015 (Suva-act. 285) zu Grunde. Die Verfügung - wie auch der angefochtene Einspracheentscheid - befassen sich mit der Frage eines Leistungsanspruchs über den 28. Februar 2015 hinaus.

2.3. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die im Nachgang zum Unfall vom 20. Januar 2011 erbrachten vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlungen und Taggeld) auf den 28. Februar 2015 eingestellt und den Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung (Invalidenrente, Integritätsentschädigung) abgelehnt hat.

3.

3.1.

Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf die Dauerleistung Invalidenrente ist zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der



Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss in Nachachtung des Eingliederungsgrundsatzes die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung.

3.2. Angesichts der in Erwägung 3.1 angeführten gesetzlichen Bestimmungen besteht ausserdem eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53ff.).

3.3. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers endet, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der fortdauernden Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2017, 8C_766/2016, E. 2.2). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1).



3.4. Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58).

3.5. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3; BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311ff.).

3.6.

3.6.1. Bei Unfällen mit klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres sowohl bezüglich vorübergehender als auch dauerhafter Gesundheitsschäden zu bejahen (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45).

3.6.2. Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) nachweisbar, ist betreffend Dauerschäden (Invalidität und Integritätsschaden) eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2016, 8C_12/2016, E. 7.1 mit



Hinweisen; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa (sogenannte "Psycho-Praxis") zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen 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 und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien (sogenannte "Schleudertrauma-Praxis"). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt folglich 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).



4.

Vorerst ist zu prüfen, ob zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 28. Februar 2015 noch organisch objektivierbare Unfallfolgen vorhanden waren, welche die fortdauernd geklagten Beschwerden verursachen konnten.

4.1. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Thoracic-outlet-Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde sind beispielsweise für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 6 mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3).

4.1.1. Die Beschwerdeführerin erlitt beim Unfall am 20. Januar 2011 eine diskrete HWS-Distorsion. Die am Unfalltag erstellten Röntgenbilder des Thorax, des Sternums und der BWS ergaben keinerlei Hinweise auf eine frische knöchernen Läsion. Auch die neurologischen Befunde waren unauffällig (vgl. Suva-act. 6, 22). Die am 10. Mai 2011 durchgeführte vertebrospinale Kernspintomographie C0-TH4 ergab lediglich minimale Bewegungsartefakte in einzelnen Sequenzen, jedoch keine posttraumatischen Läsionen (vgl. Suva-act. 36). Der erhobene Muskelhartspann (vgl. Suva-act. 6, 22) ist wie in Erwägung 4.1 ausgeführt kein organisches Substrat und damit keine organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolge.

4.1.2. Bezüglich des von der Neurologin Dr. I. ___ am 25. Oktober 2011 diagnostizierten rein sensiblen Karpaltunnelsyndroms rechts (vgl. Suva-act. 84) führte Kreisarzt Dr. J. ___ nachvollziehbar aus, dass nur von einer möglichen, aber nicht sehr wahrscheinlichen posttraumatischen Genese auszugehen sei (Suva-act. 88). Auch die am 8. Oktober 2013 durchgeführte MRI-Untersuchung der Kiefergelenke zeigte eine



degenerative, jedoch keine traumatische Pathologie (Suva-act. 195, vgl. auch Suva-act. 225, 267). Die geklagten ORL-Beschwerden, deren Behandlung bereits vor der Leistungseinstellung abgeschlossen war, und die Augenbeschwerden waren ebenfalls unfallfremder Natur. Dr. L.____ schloss zudem im Arztbericht vom 23. Januar 2012 aus, dass die Versicherte beim Unfall eine strukturell-organische Läsion der Hör- und Gleichgewichtsorgane erlitten habe (Suva-act. 101; vgl. zudem Suva-act. 94, 102, 183).

4.1.3. Ein überwiegend wahrscheinlicher Beweis für einen unfallbedingten organisch-strukturellen Befund über das Datum der Leistungseinstellung hinaus kann sodann auch nicht in der von Dr. G.____ im Arztbericht vom 20. Juni 2011 gestellten Diagnose eines zervikozephalen und -vertebralen Syndroms (Suva-act. 45) sowie in dem von Dr. K.____ im Arztbericht vom 6. Januar 2012 erwähnten chronischen Schmerzsyndrom gesehen werden (Suva-act. 93). Bei einem Syndrom handelt es sich um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster", manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur entsprechenden Diagnose führt somit eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund (vgl. dazu Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1791).

4.1.4. Schliesslich können nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts auch Schmerzangaben der versicherten Person für die Annahme struktureller Unfallrestfolgen nicht genügen; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Leistungsansprüche nicht gewährleisten liesse (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Januar 2010, 8C_736/2009, E. 3.2). Wie dargelegt ist diese Gegenseitigkeit im vorliegenden Fall nicht gegeben. Der Feststellung von Kreisarzt Dr. J.____ vom 6. Februar 2012 - es würde an unfallbedingten strukturellen Läsionen fehlen (vgl. Suva-act. 108) - kann damit gefolgt werden.

4.1.5. Nach dem Gesagten steht fest, dass die Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anlässlich des Unfalls vom 20. Januar 2011 keine klar ausgewiesene neue, bleibende, allenfalls schlecht verheilte Läsion im Bereich der HWS, BWS oder des Kopfs erlitten hat.



4.2. In den medizinischen Akten wurden allerdings nach dem Unfall vom 20. Januar 2011 unstrittig körperliche Beeinträchtigungen - HWS-Distorsion, Muskelhartspann, Kontusionen / leichte Druckschmerzen im Verlauf des Sicherheitsgurtes - diagnostiziert (Suva-act. 6-3, 22-3). Das am 10. August 2011 in der Rehaklinik Bellikon durchgeführte Assessment ergab, dass Verspannungen im Nackenbereich vorhanden und diese muskulär bedingt seien. Im Weiteren bestehe ein Haltungsproblem und eine erhebliche Dekonditionierung. Zudem habe sich bei den Tests eine Selbstlimitierung gezeigt. Empfohlen wurde eine allgemeine Aktivierung und insbesondere die Wiederaufnahme der Physiotherapie inkl. MTT (zwei- bis dreimal pro Woche) sowie eigene Aktivitäten wie Schwimmen und Nordic Walking (vgl. Suva-act. 54, 60). Zu prüfen ist, ob die unfallbedingten Körperschädigungen bis zur Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen per 28. Februar 2015 vollständig abgeheilt waren.

4.2.1. Dass es bei HWS-Distorsionen (die Beschwerdeführerin hatte im Nacken Muskelverspannungen) nicht zu einer Besserung innert weniger Wochen kommt, ist für eine traumatische Genese untypisch und weist auf andere Ursächlichkeiten hin (vgl. Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus in: SZS 1996 S. 462 ff.: typisch sei eine Erholung innert sechs bis zwölf Wochen). Bei einer Kontusion handelt es sich grundsätzlich um eine Weichteilverletzung ohne strukturelle Läsion. Ihre Diagnose drückt eine direkte stumpfe schädigende Gewalteinwirkung, wie ein Schlag oder Aufprall, durch einen Unfall aus, die insbesondere anhand klinischer Befunde - wie Hämatome, Schwellung, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen - objektiviert wird. Es entspricht allgemeiner medizinischer Erfahrung, dass Kontusionen ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 412).

4.2.2. Die vorgenannten medizinischen Erfahrungssätze dürfen im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Auch ohne Veränderung bzw. Besserung der klinischen Befundsituation kann ab einem bestimmten Datum von einem Dahinfallen der Unfallfolgen ausgegangen werden bzw. können fortdauernde Beschwerden aufgrund der obgenannten medizinischen Erfahrungstatsache eben nicht mehr auf den Unfall zurückgeführt



werden. Ödeme oder eine Schwellung im Bereich des Thorax bzw. der BWS der Beschwerdeführerin wurden in den medizinischen Akten verneint (Suva-act. 6-3: "Es zeigt sich keine Krepitation. Keinerlei Hämatom. Keinerlei Schwellung."; vgl. Suva-act. 22). In den vorliegenden Akten finden sich denn auch keine Hinweise, welche bezüglich des Heilungsverlaufs der von der Beschwerdeführerin beim Unfall vom 20. Januar 2011 erlittenen Kontusionsverletzung / dem aufgetretenen Muskelhartspann auf einen Ausnahmefall hinweisen würden. In Würdigung der bedeutsamen ärztlichen Feststellungen zu den Unfallfolgen ist vorliegend mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein Ausnahmefall anzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1).

4.2.3. Kreisarzt Dr. J.____ erklärte bereits in der kreisärztlichen Stellungnahme vom 6. Februar 2012 (und Bestätigung am 18. März 2014), dass keine organischen Unfallfolgen mehr vorlägen, und geht damit auch von der Heilung der Kontusionsfolgen aus (Suva-act. 108, 225). Anzuführen bleibt, dass die Leistungseinstellung per 28. Februar 2015 erst gut vier Jahre nach dem Unfall vom 20. Januar 2011 erfolgte und damit die seit dem Unfall vergangene Zeit deutlich über der vorliegend zu erwartenden Heilungsdauer von wenigen Wochen liegt.

4.2.4. Angesichts der vorangehenden Darlegungen ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die beim Unfall vom 20. Januar 2011 erlittene HWS-Distorsion (beinhaltend den Muskelhartspann) und die Kontusionsverletzungen spätestens bis zur Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen per 28. Februar 2015 vollständig abgeheilt waren und deswegen eine natürliche Kausalität zwischen den fortdauernd geklagten Beschwerden und dem Unfall im Sinn des Vorliegens von organischen Restfolgen der vorgenannten Verletzungen zu verneinen ist. Die Tatsache, dass Schmerzen körperlich wahrgenommen werden, bedeutet nicht zwangsläufig, dass eine physische Gesundheitsbeeinträchtigung oder gar eine fortdauernde Unfallverletzung vorliegen (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1619f.: Schmerzformen, S. 1682: Somatoforme Störung).



5.

Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung allenfalls noch unter natürlich und adäquat kausalen, nicht objektivierbaren organischen und/oder psychischen Unfallrestfolgen litt.

5.1.

5.1.1. Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertrauma- sowie äquivalenten Verletzungen (u.a. Schädelhirntrauma, HWS-Distorsion; vgl. dazu RKUV Nr. 341 S. 408 E. 3b; BGE 117 V 369 E. 3) 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 oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 382 E. 4b). Dieses Beschwerdebild muss nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Es genügt, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS und bei einem Schädelhirntrauma zusätzlich Kopfschmerzen manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 5. Januar 2009, 8C_413/2008, E. 5.2 mit zahlreichen Hinweisen, und vom 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen (vgl. u.a. Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3).

5.1.2. Die erstbehandelnden Ärzte des Landeskrankenhauses E.____ diagnostizierten eine diskrete HWS-Distorsion (vgl. Suva-act. 6, 22). Die innerhalb einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden und auch später aktenkundige Beschwerdesymptomatik



spricht allerdings gegen das Vorliegen einer durch den Unfall vom 20. Januar 2011 überwiegend wahrscheinlich verursachten Schleudertraumaverletzung, insbesondere einer solchen mit Langzeitfolgen. So ist in den in zeitlicher Nähe zum Unfall erstellten Berichten des Landeskrankenhauses E.____ vom 20. Januar und 17. März 2011 festgehalten, dass keine Bewusstlosigkeit, keine Übelkeit, kein Erbrechen, kein Schwindel und keinerlei Kopfschmerzen vorlagen. Gemäss der Aktenlage wurden bei der frontalen Kollision weder die Gurtstraffer noch die Airbags ausgelöst und es ist auch kein Kopfanprall dokumentiert (vgl. Suva-act. 6, 22, 60-5). Aus dem von den erstbehandelnden Ärzten angegebenen Glasgow Coma Score (GCS) von 15 resultiert, dass keine Bewusstseinsstörung vorlag und auch keine diesbezüglichen Massnahmen erforderlich waren (vgl. Suva.-act. 22-4). Diese Sachlage lässt eine schleudertraumatypische Verletzung bereits als zweifelhaft erscheinen. Zudem ist nicht - wie vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin in Ziff. 4.5 der Beschwerdeergänzung vom 7. Juni 2017 (vgl. act. G9) geltend gemacht - von einer beim Unfall erlittenen Gehirnerschütterung auszugehen.

5.1.3. In den ersten Wochen nach dem Unfall klagte die Versicherte lediglich über Schmerzen im Rücken, Schwindel und Unwohlsein. Rund drei Monate nach dem Unfall hatte sich der Gesundheitszustand der Versicherten offensichtlich wesentlich verbessert, attestierte doch die behandelnde Ärztin ab dem 19. April 2011 nur noch eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Versicherte machte noch Schulter- und Nackenschmerzen geltend, die nach dem Arbeiten stärker seien. Ab dem 1. Mai 2011 war die Versicherte jedoch wieder zu 100% arbeitsfähig (vgl. Suva-act. 24f., 31, 34-1). Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor dem Unfall ist anzumerken, dass sie bereits im Jahr 2006 wegen Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und eingeschränkter Beweglichkeit der HWS sowie wegen inneren Ohrenschwindels in ärztlicher Behandlung gewesen war. Die Aussage der Beschwerdeführerin, dass sie vor dem Unfall keine diesbezüglichen Probleme mehr gehabt habe (vgl. Suva-act. 34-1, 155-1), ist insofern zu relativieren, als sie beim Assessment in der Rehaklinik Bellikon am 10. August 2011 angab, seit Jahren das Medikament Deanxit (Antidepressivum mit Neuroleptikum, welches nur auf ärztliche Verschreibung abgegeben wird) wegen "Innenohrschwindel" einzunehmen (vgl. Suva-act. 60-1/5). Im Weiteren stellte sich heraus, dass die Beschwerdeführerin zirka 3 bis 4 Jahre vor dem Unfall wegen Beschwerden an der Lendenwirbelsäule behandelt wurde (vgl. Suva-act. 7-2).

5.1.4. Mitte Mai 2011 und damit vier Monate nach dem Unfall klagte die Beschwerdeführerin über Ausstrahlungen vom Nacken in beide Arme bis hin zu den Fingern, über Kopfschmerzen, Ohrenpfeifen und Schwindel bei schnellem Aufstehen



(vgl. Suva-act. 34). Im August 2011 machte sie dann eine erhebliche Symptomausweitung geltend (vgl. Assessmentbericht der Rehaklinik Bellikon vom 18. August 2011, Suva-act. 60). Bei den von der Beschwerdeführerin erwähnten neuen bzw. verstärkt auftretenden Leiden (ständige Schmerzen im Bereich von HWS und Nacken, schmerzhafteste Beweglichkeitseinschränkung der Halswirbelsäule, ständige Schmerzausstrahlung in den rechten Arm bis in die Fingerkuppen, subjektive Störung von Konzentration und Gedächtnis, häufig Schwankschwindel, insbesondere beim Aufstehen, zunehmend verschwommenes Sehen, Mühe beim Lesen, Taubheits- und Schwächegefühl in der rechten Hand, Pfeifen in beiden Ohren für einige Sekunden anhaltend, schmerzbedingte Durchschlafstörung, Tagesmüdigkeit und Gewichtsabnahme um 9 kg seit dem Unfall) handelt es sich um eine konkret beschriebene, umfassende, jedoch grösstenteils erst nach einer mehrmonatigen Latenzzeit vorgebrachte Beschwerdesymptomatik. Zum geltend gemachten Beschwerdebild ist anzumerken, dass dieses aus verschiedenen, nachfolgend genannten Gründen nicht stimmig erscheint. So absolvierte die Beschwerdeführerin nur eine Serie von neun Physiotherapien, was dazu führte, dass die Ärzte der Rehaklinik die Wiederaufnahme der ambulanten Physiotherapie empfahlen. Die Ärzte wiesen zudem darauf hin, dass die Beschwerdeführerin beim Assessment die Minimalperformance in verschiedenen Tests nicht erreicht habe, die Beschreibung von Schmerzen und Einschränkungen undifferenziert erfolgt und das Schmerzverhalten nicht adäquat gewesen sei. Aus somatischer Sicht gingen sie denn auch von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. Die ärztlichen Befunde und Empfehlungen relativieren die geklagten Beschwerden erheblich und lassen zumindest deren Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. Januar 2011 mehr als fraglich erscheinen, zumal die Beschwerdeführerin Mitte Juli 2011 fähig war, als Beifahrerin eines Personenwagens nach H.____ in die mehrwöchigen Ferien zu fahren (vgl. Suva-act. 48: reine Fahrtdauer von 15 bis 16 Stunden).

5.1.5. Zur depressiven Symptomatik ist anzumerken, dass sich diese erst nach Monaten zeigte. Im Assessmentbericht der Klinik Bellikon vom August 2011 wurde diesbezüglich zudem auf die (erschwerenden/verursachenden) familiären Probleme wie den Arbeitsplatzverlust des Ehemannes infolge des Unfalls vom 20. Januar 2011 und dessen Folgen hingewiesen. Bis zur Aufnahme der ambulanten psychiatrischen Behandlung im Februar 2012 (vgl. Suva-act. 161) kamen weitere Erschwernisse bzw. psychisch belastende Faktoren hinzu wie der Verlust der Arbeitsstelle der Beschwerdeführerin per Ende Oktober 2011 (vgl. Suva-act. 239), das diagnostizierte Karpaltunnelsyndrom rechts und die Kieferproblematik (vgl. Suva-act. 84, 88, 267).



Gemäss dem Arztbericht des Konsiliarpsychiaters der Suva vom 11. April 2014 (vgl. Suva-act. 234) traten unfallfremde Faktoren und psychosoziale Folgen immer mehr in den Vordergrund (Suva-act. 144: Am 8. Oktober 2012 lehnte die IV-Stelle beruflichen Massnahmen ab; Suva-act. 215: Mit Vorbescheid vom 10. Dezember 2013 lehnte IV-Stelle den Anspruch auf eine IV-Rente ab). Im Weiteren ist hinsichtlich des psychischen Zustands bzw. der Behandlungsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin nach dem Unfall festzustellen, dass sie die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten nicht im empfohlenen Masse nutzte. So nahm sie die ambulante Behandlung erst im Jahr 2012 auf und brach die stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik O.____ im März/ April 2013 vorzeitig ab (vgl. Suva-act. 179). Zudem scheiterte die empfohlene Paartherapie gemäss den Akten an der Zustimmung des Ehemannes der Beschwerdeführerin (vgl. Suva-act. 234, 236, 247, 256). Vor diesem Hintergrund können die psychischen Beschwerden - so wie sie sich zum Leistungseinstellungszeitpunkt darstellten - selbst in Anbetracht des Arztberichtes von Dr. R.____, welcher hinsichtlich der psychiatrischen Symptomatik mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer Teilkausalität ausging (vgl. Suva-act. 284) - nicht im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 20. Januar 2011 zurückgeführt werden. Anzumerken ist, dass die Frage der natürlichen Kausalität der psychischen Beschwerden ohnehin offen bleiben kann, wenn wie vorliegend der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen ist (BGE 135 V 465 E. 5; vgl. nachfolgende Erwägung 6).

5.1.6. Nach dem Gesagten kann nicht von einer Häufung von Beschwerden in den ersten Tagen oder Wochen nach dem Unfall, sondern nur von einem (äusserst) begrenzten Beschwerdebild gesprochen werden. Damit lag von Anfang an kein sog. buntes Beschwerdebild vor, welches den Schluss zulässt, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls vom 20. Januar 2011 eine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten hat. Diesbezügliche Versicherungsleistungen über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus fallen damit von vornherein ausser Betracht.

5.2. Hinsichtlich des Leistungseinstellungszeitpunkt per 28. Februar 2015 ist festzustellen, dass nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gerechnet werden konnte (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). So stand bereits seit dem 6. Februar 2012 und mit Bestätigung am 18. März 2014 fest, dass keine organischen Unfallfolgen mehr vorlagen (vgl. Suva-act. 108, 225) und gemäss dem Arztbericht von Dr. R.____ vom 27. Januar 2015 die weitere psychiatrische Behandlung nicht mehr dazu diente, eine namhafte Verbesserung



herbeizuführen (vgl. Suva-act. 284). Folglich ist auch unter diesem Gesichtspunkt die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) mit anschliessender Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung nicht zu beanstanden (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.1, BGE 134 V 115 E. 4.3, Urteile des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, U 394/06, E. 4.3 und vom 28. Juni 2010, 8C_58/2010, E. 2.2).

5.3. Weitere beweismässige medizinische Abklärungen, wie vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin in der Beschwerde verlangt (vgl. act. G1, G9), sind nicht geboten, da die Frage nach dem Erreichen eines medizinisch stabilen Gesundheitszustands anhand der vorliegenden Akten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beantwortet werden kann.

6.

6.1. Vorliegend hat die Adäquanzprüfung anhand der Psycho-Praxis zu erfolgen, denn aufgrund der Aktenlage ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung die Beschwerden von psychischen Problemen überlagert worden sind (insoweit überhaupt noch natürlich unfallkausale Beschwerden vorlagen; vgl. insbesondere Erwägungen 4.1.5, 4.2.3, 5.1.2ff., 5.2).

6.2. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektivierter Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischen liegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken. Dabei gelten als schwer nur solche Unfälle, bei denen sämtliche Umstände, insbesondere die Dramatik des Unfallereignisses und die Dauer desselben wie auch die somatischen Unfallfolgen eine für die versicherte Person aussergewöhnliche Eindrücklichkeit aufweisen.



6.3. Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 133 E. 6). Um die adäquate Kausalität bejahen zu können, müssen nicht alle Umstände gegeben sein. Vielmehr genügt ein Kriterium, wenn es sich um einen schweren Unfall im mittleren Bereich handelt. Falls keinem Kriterium besonderes Gewicht zukommt, müssen mehrere unfallbezogene Kriterien bejaht werden können. Dabei gilt, dass je leichter der Unfall ist, desto mehr Kriterien erfüllt sein müssen. Diese Würdigung führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs, ohne dass nach weiteren Ursachen geforscht werden muss, die eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit begünstigt haben könnten (SVR 1999 UV Nr. 10 S. 32). Mit Urteil vom 29. Januar 2010 (8C_897/2009 E. 4.5) hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur Anzahl der zu erfüllenden Adäquanzkriterien bei mittelschweren Unfällen insofern präzisiert, als bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn drei Adäquanzkriterien genügen, auch wenn sie nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vorliegen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009, E. 5 mit Hinweis).

6.4. Gemäss Polizeirapport vom 20. Januar 2011 (Suva-act. 20) verletzte sich die Beschwerdeführerin, als es zur Kollision zwischen zwei Personenwagen im einem Kreuzungsbereich kam. Das Fahrzeug, in dem die Beschwerdeführerin als Beifahrerin sass, wurde im linken Frontbereich erheblich beschädigt. Die Airbags und die Gurtstraffer lösten bei der Kollision jedoch nicht aus und die Beschwerdeführerin schlug weder ihren Kopf bei der Kollision an noch war sie bewusstlos (vgl. Suva-act. 5, 18, 20, 40). Die biomechanische Kurzbeurteilung der AGU Zürich vom 24. Mai 2011 ergab eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Δv) unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereiches von 20 bis 30 km/h. Gemäss den Experten sind die von der Beschwerdeführerin geklagten HWS-Beschwerden durch die Kollisionseinwirkung eher nicht erklärbar (vgl. Suva-act. 40). Da der vorliegende Unfall



bereits Gegenstand eines Gerichtsverfahrens war (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 29. Mai 2018, UV 2015/39, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts vom 12. September 2018, 8C_493/2018, E. 5.1 und E. 5.3.1) und keine neuen Erkenntnisse zum Unfall vorliegen, ist gleichfalls von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen.

6.5. Folglich müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens vier der relevanten Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein. Bei der Prüfung dieser Kriterien sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (BGE 115 V 133 E. 6c/aa).

6.5.1. Bei der Beurteilung des Kriteriums der dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was in der einzelnen betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei ihr psychische Vorgänge auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, die noch nicht für die Bejahung dieses Adäquanzkriteriums ausreichen kann (vgl. SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142). Vorliegend bestehen keine Hinweise auf besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vom 20. Januar 2011. Wie erwähnt, wurden die Airbags und die Gurtstraffer nicht ausgelöst und die Beschwerdeführerin schlug weder ihren Kopf bei der Kollision an noch war sie im Gegensatz zu ihrem Ehemann bewusstlos. Dass sie mit der Ambulanz ins Landeskrankenhaus E.____ verbracht wurde, dürfte damit zusammenhängen, dass ihr Ehemann, der das Fahrzeug lenkte, schwerer verletzt war als sie. In Anbetracht des Gesagten ist nicht von einem besonders dramatischen Unfall auszugehen. Das Kriterium ist damit nicht erfüllt (vgl. das den gleichen Unfall betreffende Urteil des Bundesgerichts vom 12. September 2018, 8C_493/2018, E. 5.3.1).

6.5.2. Beim Unfall erlitt die Beschwerdeführerin keine erheblichen Verletzungen und insbesondere keine Frakturen. Das Kriterium der schweren oder besonderen Art der erlittenen Verletzung ist damit zu verneinen.

6.5.3. Zur Beantwortung der Frage der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein der zeitliche Massstab massgeblich. Ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind die Art und Intensität der Behandlung sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten war (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, U 488/05 E. 3.2.3; BGE 134 V 128 E. 10.2.3). Die Behandlung der somatischen Unfallfolgen beschränkte sich insbesondere auf Physio- und



Wassertherapien. Diese fanden jedoch nicht in einem ausgeprägten Ausmass bzw. einer hohen Intensität statt. Den häufig durchgeführten blossen ärztlichen Kontrollen kommt sodann nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U11/07 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Anzuführen ist, dass die umfangreichen Abklärungs- und Behandlungsmassnahmen hinsichtlich der Kieferbeschwerden, der Ohrenproblematik und der Dysphagiebeschwerden, da nicht unfallkausal, nicht zu berücksichtigen sind. Die erst über ein Jahr nach dem Unfall begonnene ambulante psychotherapeutische Behandlung und der stationäre Aufenthalt in der Klinik O.____, der ebenfalls der Behandlung psychischer Leiden diente, sind bei der Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 140 ebenfalls ausser Acht zu lassen. Demzufolge ist das Kriterium als nicht erfüllt zu betrachten.

6.5.4. Da keinerlei Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung bestehen, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ist dieses Kriterium nicht erfüllt.

6.5.5. Die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Beschwerden, welche auf den Unfall zurückgeführt werden können, deuten auch nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf hin (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06, E. 4.3.2, und vom 10. Juli 2008, 8C_61/2008, E. 7). Damit ist dieses Kriterium ebenfalls nicht erfüllt.

6.5.6. Die Beschwerdeführerin war bereits wenige Monate nach dem Unfall gemäss der behandelnden Ärztin wieder zu 100% arbeitsfähig (vgl. Suva-act. 31). Zum gleichen Resultat kamen die Ärzte der Rehaklinik Bellikon anlässlich des rund ein halbes Jahr nach dem Unfall durchgeführten Assessments (Suva-act. 60). Die über ein Jahr nach dem Unfall attestierte volle Arbeitsunfähigkeit wurde ausschliesslich wegen der psychischen Leiden bescheinigt (vgl. Suva-act. 161). Bereits in der Stellungnahme vom 6. Februar 2012 erklärte Kreisarzt Dr. J.____, dass entsprechend der medizinischen Dokumentation keine organischen Unfallfolgen mehr vorlägen (Suva-act. 108; vgl. auch Suva-act. 225). Das Kriterium ist damit zu verneinen.

6.5.7. Höchstens das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann in Anbetracht der geklagten Bewegungseinschränkungen der HWS, der Rückenschmerzen sowie der vom Nacken ausgehenden bis in die Hand reichenden Schmerzen als erfüllt erachtet werden, jedoch nicht in ausgeprägter Weise, stellten doch die Ärzte bei ihren Untersuchungen eine Verdeutlichungstendenz, eine Selbstlimitierung und widersprüchliche Verhaltensweisen fest (vgl. Suva-act. 54, 60)



6.6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass maximal eines der zu berücksichtigenden Adäquanzkriterien erfüllt ist, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 20. Januar 2011 und den geklagten, organisch nicht objektivierbaren Beschwerden ist deshalb zu verneinen.

7.

Damit liegen bei der Festlegung des Invaliditätsgrades und der Integritätsentschädigung keine relevanten unfallbedingten Einschränkungen vor. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad und eine Integritätsentschädigung fallen daher mangels unfallkausaler Beschwerden ausser Betracht.

8.

8.1. Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. November 2016 nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

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

8.3. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.