



**Fall-Nr.:** UV 2019/23  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 10.11.2021  
**Entscheiddatum:** 05.05.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 05.05.2021**

**Art. 18 Abs. 1, 19 Abs. 1 und Art. 24 UVG; Art. 7, 8 und 16 ATSG:  
Rechtmässigkeit der Einstellung der vorübergehenden Leistungen  
(Heilbehandlung und Taggeld) bejaht. Die Ansprüche auf Rente und  
Integritätsentschädigung sind mangels einer rentenbegründenden Invalidität  
(Beweiskraft eines IV-Gutachtens bejaht, wonach eine 100%ige  
Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten besteht) bzw. eines  
dauerhaften psychischen Integritätsschadens zu verneinen. Damit erübrigen  
sich weitere Ausführungen zur Unfallkausalität. Abweisung der Beschwerde  
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Mai  
2021, UV 2019/23).**

#### **Entscheid vom 5. Mai 2021**

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter  
Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin  
Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2019/23

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Thomas Zogg, rechtsanwälte.og42,  
Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen,

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 (Einstellung)

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war bei der B.\_\_\_\_ AG als Verkäuferin in einem Pensum von 60 % angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unfallversichert. Am 29. August 2013 erstattete die Arbeitgeberin eine Unfallmeldung, wonach die Versicherte am \_\_\_\_ 2013 früh am Morgen in der Tankstelle Z.\_\_\_\_ von zwei Tätern überfallen und gefesselt worden sei. Erst eine Stunde nach der Tat sei sie von ihrer Arbeitskollegin gefunden worden (Suva-act. 1). Noch am Tag des Überfalls war die Versicherte notfallmässig ins Spital eingeliefert worden, wo die behandelnden Ärzte Fesselspuren an den Hand- und Fussgelenken festgestellt und die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion bei Raubüberfall am \_\_\_\_ 2013 gestellt hatten (Suva-act. 12). Am 21. August 2013 war die Versicherte dem Psychiatrischen Zentrum Y.\_\_\_\_ zugewiesen worden, wo sie bis zum 4. Oktober 2013 stationär behandelt wurde. Gemäss Austrittsbericht wurde sie in einem seelischen Ausnahmezustand eingeliefert. Völlig erschöpft und wie betäubt, unfähig das Geschehene in irgendeiner Form zu erfassen oder gar zu beschreiben, habe die



Versicherte innerhalb von Sekunden von Teilnahmslosigkeit zu heftigen Gefühlsausdrücken und sogar Selbstvorwürfen, am Geschehenen Verantwortung zu tragen, gewechselt. Unter Tränen habe sie von Spannungszuständen, Ängsten, Intrusionen, Konzentrationsstörungen und massiven Schlafstörungen erzählt. Weiter habe die Versicherte berichtet, vor ca. zehn Jahren als Mitarbeiterin eines Kiosks schon einen ähnlichen Vorfall erlebt zu haben, ohne dabei jedoch einen persönlichen Schaden erlitten zu haben. Bereits vor dem Überfall vom .\_\_ 2013 sei es ihr psychisch nicht gut gegangen. Sie habe sich überfordert und erschöpft gefühlt, da sie für alles in der Familie zuständig gewesen sei. Ihr Ehemann sei Kriegsveteran und durch Kampfhandlungen traumatisiert. Durch seine affektive Labilität sei der Alltag manchmal schwierig. Anamnestisch habe die Versicherte zudem eine schwierige Kindheit erlebt. Der Vater sei alkoholkrank und im Rausch jeweils gewalttätig gewesen. In den ersten vier bis fünf Wochen der Hospitalisation habe es den Anschein gemacht, als würde sich die Versicherte durch enge Bezugspflege und täglich geführte therapeutische Gespräche stabilisieren. Getriggert durch einen Termin bei der Opferhilfe habe sie sich in der Folge jedoch immer öfter zurückgezogen und selbst die Patientengemeinschaft, die ihr zuvor noch als grosse Stütze erschienen sei, habe sie plötzlich als extrem belastend erlebt. Beim Versuch, die Versicherte in ein störungsspezifisches, multimodales, interdisziplinäres Behandlungssetting einzubringen, seien erneut heftige Symptome aufgetreten. Gequält von traumatischen Bildern des Überfalls, welche zunehmend in den Therapiealltag eingedrungen seien, habe die Versicherte ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten entwickelt, was eine konsequente Teilnahme am Therapieprogramm verunmöglicht habe. Auch habe die Versicherte die vorgesehene stufenweise Reduktion der Lorazepam-Dosierung, die zuvor unproblematisch gewesen sei, nicht mehr toleriert. Um den bisherigen Therapieerfolg nicht weiter zu gefährden, habe man sich dazu entschieden, die begonnene Therapie zu unterbrechen und die Versicherte vorerst in das von ihr als sehr unterstützend erlebte, häusliche Umfeld zu entlassen. Als Diagnosen stellten die behandelnden Ärzte eine akute Belastungsreaktion im Übergang zur posttraumatischen Belastungsstörung vor dem Hintergrund einer mittelgradigen depressiven Episode im Vorfeld, früherer Traumata in der Anamnese sowie des Verdachts auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit vorwiegend ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen. Weiter attestierten sie bei Austritt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 20).



## St.Galler Gerichte

**A.b.** Am 22. Oktober 2013 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin, dass sich der Schlaf und der Appetit der Versicherten verbessert hätten. Sie wirke agiler. Am 21. Oktober 2013 habe sie einen deutlich besseren Eindruck gemacht (Suva-act. 21). In einem Bericht vom 28. Oktober 2013 erklärte Dr. C.\_\_\_\_, dass sie die Versicherte schon seit Jahren behandle. Es sei immer um eine Eisenmangelanämie gegangen. Im September 2011 habe sie ihr wegen einer Erschöpfungsdepression vorübergehend Deanxit und Citalopram verordnet. Allerdings habe ihr die Versicherte mitgeteilt, dass sie lediglich Deanxit kurzfristig eingenommen habe. Bei der Kontrolluntersuchung vom 27. Oktober 2011 habe sich die Versicherte bereits besser gefühlt. Ein drohendes Burnout-Syndrom sei damals als abgewendet erschienen. Zwischenzeitlich sei es zu keinen depressiven Episoden mehr gekommen (Suva-act. 23).

**A.c.** Am 2. Dezember 2013 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste X.\_\_\_\_, dass bei der Versicherten psychopathologisch-diagnostisch eine akute, durch eine gewisse Aggravationstendenz nunmehr prolongierte Belastungsreaktion vorliege. Angesichts der Tatsache, dass sich die Versicherte recht enttäuscht und gekränkt über die fehlende Zuwendung ihrer Arbeitgeberin und der Ämter gezeigt habe und sie ihr Leiden deutlich zur Schau stelle, erachte er eine spezifische traumafokussierende Behandlung als nicht geeignet. Die Unterscheidung zwischen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Anpassungsstörung sei in der kurzen Zeit der Behandlung und angesichts der inkonsistenten und teilweise auch widersprüchlichen Berichte der Versicherten kaum möglich gewesen. Gewisse Elemente einer posttraumatischen Störung würden wohl bereits zum Vorschein zu kommen. Zudem erscheine die Versicherte gegenüber einer solchen Entwicklung biographisch durch Ereignisse während ihrer Kindheit und Jugend sowie einen Einbruch an einer früheren Arbeitsstelle in gewisser Hinsicht disponiert. Die Versicherte habe ihn, Dr. D.\_\_\_\_, in drei aufeinanderfolgenden Wochen konsultiert, wobei sich rasch gezeigt habe, dass sie eine idiosynkratische Vorstellung von Wiedergutmachung und Entlastung vertrete, in der sein psychiatrisch-psychotherapeutisches Angebot nicht enthalten zu sein scheine. Die Versicherte habe sich genötigt gefühlt, ihn aufzusuchen, und wäre lieber zu Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie - welchen sie bereits zuvor aufgesucht gehabt habe - gegangen. Am Anfang der dritten Sitzung habe sie, verärgert durch eine kurze Wartezeit, ihre Mitarbeit aufgekündigt. Er würde aktuell eine stationäre



## St.Galler Gerichte

Abklärung und Behandlung der Versicherten in der Psychiatrischen Klinik W.\_\_\_\_ empfehlen (Suva-act. 29).

**A.d.** Am 24. Januar 2014 berichtete Dr. C.\_\_\_\_, dass die Versicherte einen Hausarztwechsel vorgenommen habe und nicht mehr zu ihr komme (Suva-act. 41).

**A.e.** In einem Bericht vom 25. Februar 2014 nannte Dr. E.\_\_\_\_ als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung, eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung sowie eine mittel- bis schwergradige depressive Episode. Weiter hielt er fest, dass in der nunmehr dreimonatigen Behandlungsphase intensive Ängste im Vordergrund gestanden hätten. Die Versicherte sei immer sehr angespannt, klage über zwanghafte Erinnerungen an den erlebten Überfall und äussere Angst, an ihre bisherige Arbeitsstelle zurückzukehren, zumal sie bereits vor sieben Jahren einen ähnlichen Überfall erlebt habe. In der bisherigen Therapie seien nur kleine Schritte erreicht worden. Die Versicherte sei tagsüber noch immer auf die Anwesenheit einer Drittperson angewiesen. In der Nacht werde sie von Albträumen heimgesucht. Ihr erscheine häufig, dass jemand an die Türe oder die Fenster klopfe, was bei ihr Panik auslöse. Die Versicherte habe Angst vor Kontakten mit Personen. Sie lebe seit dem Überfall sozial ganz isoliert. Schon in ihrer Kindheit habe sie eine Reaktion auf die erlebte Aggression ihres Vaters gezeigt. Man könne aber annehmen, dass auch der Überfall, der vor einigen Jahren stattgefunden habe, eine wichtige Rolle in der Art und Weise der aktuellen Reaktion spiele. Es sei von einer Retraumatisierung auszugehen (Suva-act. 52). Am 12. Juli 2014 berichtete Dr. E.\_\_\_\_, dass die Versicherte sehr niedergeschlagen, äusserst ängstlich, lustlos und im Antrieb stark vermindert sei. Die Symptome eines starken sozialen Rückzugs seien noch immer vorhanden. Die Versicherte habe Angst, die Wohnung zu verlassen und gehe meist nur in Begleitung fort. Immer habe sie auch Angst, dass jemand ins Haus einbrechen könnte, insbesondere finde sie in der Nacht diesbezüglich keine Ruhe. Trotz ihrer Müdigkeit könne sie nicht ruhig schlafen. Sie werde häufig von Albträumen heimgesucht und erwache dann in grosser Angst, schweissgebadet und mit starkem Herzklopfen. Um die Versicherte mehr von zu Hause wegzubringen, sei eine Anmeldung in der Tagesklinik Y.\_\_\_\_ getätigt worden. Von psychiatrischer Seite sei ihr auch empfohlen worden, einen Aufenthalt in einer Rehaklinik zu machen. Er, Dr. E.\_\_\_\_, erwarte davon



## St.Galler Gerichte

eine Linderung der Beschwerden, weshalb er um Bewilligung des Aufenthaltes bitte (Suva-act. 71).

**A.f.** In einem Bericht vom 18. Juli 2014 zum Vorgespräch vom 16. Juli 2014 nannte Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik, Psychiatrisches Zentrum Y.\_\_\_\_, dass die Versicherte im Gespräch sehr aufgewühlt und ängstlich gewesen sei und eine Panikattacke bekommen habe, sodass nur wenige Informationen eingeholt worden seien, um sie nicht noch mehr zu destabilisieren. Über den Vorfall vom \_\_\_\_ 2013 habe die Versicherte nicht berichten können. Sie habe zu hyperventilieren begonnen. Sie zeige eine Symptomatik einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, die am ehesten einer stationären Behandlung bedürfte. Die Versicherte sei gegenüber einer solchen jedoch sehr ablehnend, da sie sich nicht von ihrem Mann und vor allem den Kindern trennen wolle, die sie abends sehr vermissen würde. Aus diesem Grund wolle sie in die Tagesklinik eintreten, sodass sie abends zusammen mit ihrer Familie sein könne. Der Wunsch werde aufgenommen, jedoch mit erheblichen Zweifeln, dass die Versicherte das Wochenprogramm besuchen könne (Suva-act. 75). Vom 18. August bis 24. Oktober 2014 wurde die Versicherte in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums Y.\_\_\_\_ behandelt. Im Austrittsbericht wurden als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome genannt. Weiter hiess es, eine Teilnahme an Gruppenaktivitäten sei für die Versicherte kaum aushaltbar gewesen. Sie habe anschliessend längere Pausen im Ruheraum benötigt. An der Kochgruppe habe sie stets mit Freude teilgenommen und habe sich manchmal auch kreativ einbringen können. Einzelgespräche seien nie länger als 15 Minuten möglich gewesen. Die Versicherte habe sich rasch überfordert und ängstlich gefühlt und sei deutlich leidend gewesen. Aufgrund der Überforderung habe man eine Pause vom teilstationären Rahmen beschlossen. Der Versicherten sei auch der Vorschlag einer psychiatrischen Spitex unterbreitet worden, was diese aber zunächst mit Dr. E.\_\_\_\_ habe besprechen wollen. Die Versicherte werde in einem leicht verschlechterten Zustand in die alten Verhältnisse entlassen mit der Empfehlung einer stationären Behandlung in einer traumaspezifischen Klinik (Suva-act. 95).

**A.g.** Am 24. März 2015 berichtete Dr. E.\_\_\_\_, dass seit der Entlassung aus der Tagesklinik die Therapie bei ihm fortgesetzt worden sei. Die Beschwerden hätten nichts



## St.Galler Gerichte

an ihrer Intensität verloren. Die therapeutische Arbeit mit der Versicherten bestehe aktuell zum Teil auch darin, zu erreichen, dass diese einen stationären Aufenthalt in einer Traumaabteilung akzeptieren könne. Die Versicherte werde demnächst überwiesen (Suva-act. 108).

**A.h.** Vom 3. bis 11. Februar 2016 nahm die Versicherte an einer stationären Traumatherapie in der Klinik G.\_\_\_\_ teil. Im Austrittsbericht vom 24. Februar 2016 hiess es, dass bei der Versicherten zu Beginn der Behandlung erhebliche Schwierigkeiten bestanden hätten, sich befriedigend ins Alltagsleben einzubringen. Ängste, emotionale Labilität, seelische Leere sowie schädigende Kompensationsformen hätten im Vordergrund gestanden. Die Versicherte sei im stationären Rahmen kaum fähig gewesen, neue Anpassungsstrategien zu nutzen. Sie habe sich wenig in die Stationskultur eingelebt, sondern habe sich nach eigenen Angaben vorwiegend in ihrem Zimmer aufgehalten und auf den Besuch der Familie gewartet, der morgens und abends stattgefunden habe. Die Versicherte sei der Therapie gegenüber ambivalent eingestellt gewesen, habe äussere Gegebenheiten verleugnet und die Auseinandersetzung mit kritischen Themen vermieden. Die ausbleibende Kostengutsprache habe die Versicherte durcheinander gebracht, da sie angenommen habe, diesbezüglich sei alles bereits bei Eintritt geregelt gewesen. Sie habe andere gebeten, die ungeklärten Angelegenheiten zu regeln. Die Versicherte habe eine Therapeutin, die nach einer Woche einmalig um Klärung der Kostengutsprache gebeten habe, als in hohem Masse strafend und verfolgend erlebt. Infolgedessen habe sich die Versicherte einen Therapeutenwechsel gewünscht. Da dies im aktuellen Setting nicht möglich gewesen sei, habe die Versicherte den Aufenthalt auf eigenen Wunsch vorzeitig beendet. Sie wolle die ambulante Therapie bei Dr. E.\_\_\_\_ weiterführen. Als notwendige Bedingungen für einen erneuten Eintritt würden das Beibehalten einer Tagesstruktur sowie die Bereitschaft, sich in einem Mindestmass in eine bestehende Gruppe einzuleben, sowie die regelmässige ambulante Psychotherapie gesehen. Bei Bedarf und entsprechender Vorbereitung könne sich die Versicherte zu einem erneuten Vorgespräch anmelden (Suva-act. 135; zum Einweisungsschreiben von Dr. E.\_\_\_\_ vgl. Suva-act. 136).

**A.i.** Am 13. Mai 2016 nannte Dr. E.\_\_\_\_ als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung nach einem Überfall im \_\_\_\_ 2013, eine ängstliche



Persönlichkeitsstörung sowie eine depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode. Weiter berichtete er, dass die Versicherte in der stationären Behandlung überfordert gewesen sei. Um die von der G.\_\_\_\_ definierten Ziele zu erreichen, werde die Therapie bei ihm weitergeführt. Die Versicherte übe, im alltäglichen Leben aktiver zu sein, mit ihrer Familie nach draussen zu gehen und zeitweise Kontakt mit Mitmenschen aufzunehmen. Sobald die Tagesstruktur besser aufgebaut sei, sei die erneute Einweisung in die Klinik geplant (Suva-act. 150). Am 16. Januar 2017 erwähnte Dr. E.\_\_\_\_ neu eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Sodann berichtete er, dass trotz gewisser Fortschritte die Notwendigkeit für eine intensivere Behandlung bestehe, um eine weitere psychische Stabilität zu erreichen. Deswegen werde die Versicherte in die Tagesklinik V.\_\_\_\_ überwiesen, um an ihrer Selbstständigkeit und Gruppenfähigkeit zu arbeiten. Es sei zu hoffen, dass sie durch diese Behandlung für die Fortsetzung der Traumatherapie vorbereitet werde (Suva-act. 174). Mit Schreiben vom 13. Februar 2017 informierte die Tagesklinik V.\_\_\_\_ die Suva darüber, dass die Versicherte vom 16. bis 31. Januar 2017 dort behandelt worden sei. Die Behandlung sei von der Versicherten abgebrochen worden. Die Behandler gingen von einer Überforderung der Versicherten durch das Behandlungssetting aus (Suva-act. 183).

**A.j.** In seiner Aktenbeurteilung vom 25. August 2017 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarpsychiater der Suva, fest, dass in den vergangenen vier Jahren eine Reihe von Behandlungen durchgeführt worden sei, auf welche sich die Versicherte nur zum Teil einlassen können und welche von ihr immer wieder vorzeitig abgebrochen worden seien. Die Gründe für die Behandlungsabbrüche dürften einerseits schon in einer Überforderung der Versicherten zu suchen sein, andererseits aber auch in ihrer Ambivalenz gegenüber den angebotenen Behandlungsmassnahmen. Nach nun knapp vier Jahren zeige die Versicherte keinen nachhaltigen Rückgang der Symptome und keine nachhaltige Besserung der psychischen Situation. Sie ziehe sich in die Familie zurück und könne sich nicht auf teilstationäre und stationäre Behandlungen einlassen, da sie dann ihre Familie vermissen würde. Deshalb habe auch trotz umfangreicher Vorbereitung keine Traumatherapie umgesetzt werden können. Demnach könne mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht die gesamte Symptomatik auf das Erleben des Überfalls



## St.Galler Gerichte

bezogen werden, jedoch sei davon auszugehen, dass ein erheblicher Anteil im Sinne einer natürlichen Kausalität auf dieses Überfallereignis zu beziehen sei. Als Hinweise dafür dürften die bis in die aktuelle Zeit hinein reichenden Zwangserinnerungen, die nächtlichen Alpträume sowie der soziale Rückzug angesehen werden. Nachdem durch die in den vergangenen vier Jahren durchgeführten Therapien keine Besserung der Symptome erreicht worden sei, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass durch die weitere Behandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei (Suva-act. 198).

**A.k.** Mit Verfügung vom 28. November 2017 stellte die Suva die bisher erbrachten Versicherungsleistungen per 30. November 2017 ein, da die Adäquanz der noch geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden zu verneinen sei. Zudem verneinte die Suva mangels adäquater Unfallfolgen einen Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung (Suva-act. 205).

### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. T. Zogg, St. Gallen, am 22. Dezember 2017 Einsprache (Suva-act. 211).

**B.b.** Mit Einspracheentscheid vom 30. Januar 2019 wies die Suva die Einsprache ab und entzog einer allfälligen dagegen erhobenen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Suva-act. 218)

### **C.**

**C.a.** Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die weiterhin durch Rechtsanwalt Zogg vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 1. März 2019 Beschwerde. Sie beantragte, der Einspracheentscheid vom 30. Januar 2019 sei aufzuheben und ihr seien die gesetzlichen Versicherungsleistungen, insbesondere die Kosten der notwendigen Heilbehandlung sowie die Unfalltaggelder, rückwirkend ab dem 1. Dezember 2017 auszurichten. Eventualiter, für den Fall, dass vom Erreichen des medizinischen Endzustands ausgegangen werde, seien ihr rückwirkend ab dem 1. Dezember 2017 eine ganze Invalidenrente sowie eine angemessene Integritätsentschädigung zuzusprechen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. In formeller Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die Wiederherstellung



## St.Galler Gerichte

aufschiebenden Wirkung (act. G 1). Zudem stellte sie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 1 und 4).

**C.b.** In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. April 2019 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Bachmann, Luzern, die Abweisung der Beschwerde (act. G 7).

**C.c.** Am 24. April 2019 entsprach die verfahrensleitende Richterin dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 8).

**C.d.** In ihrer Replik vom 19. August 2019 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Anträgen vollumfänglich fest (act. G 14).

**C.e.** Mit Entscheid vom 14. Oktober 2019 wies das Versicherungsgericht das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde ab (act. G 16).

**C.f.** Die Beschwerdegegnerin verzichtete stillschweigend auf die Erstattung einer Duplik (act. G 17).

**C.g.** Mit Schreiben vom 26. Oktober 2020 informierte das Versicherungsgericht die Parteien über den Beizug der Akten der Invalidenversicherung (IV) des Kantons St. Gallen aus einem bereits beim Gericht hängigen Beschwerdeverfahren (act. G 18 und 26). Zu den beigezogenen Akten nahm die Beschwerdegegnerin am 5. November 2020 (act. G 22) und die Beschwerdeführerin am 18. Januar 2021 Stellung (act. G 25).

## Erwägungen

### 1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die von ihr ausgerichteten Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) per 30. November 2017 eingestellt und die Ansprüche auf Invalidenrente sowie Integritätsentschädigung verneint hat.



### 2.

**2.1.** Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG).

**2.2.** Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie zudem Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Entschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

### 3.

**3.1.** Die Beschwerdegegnerin hat den Vorfall vom \_\_\_\_ 2013 als Unfall im Sinne eines Schreckereignisses anerkannt und zunächst Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld erbracht, diese jedoch per 30. November 2017 eingestellt (vgl. Suva-act. 205 und 218).

**3.2.** Die Leistungseinstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) per 30. November 2017 ist nicht zu beanstanden. Dr. H. \_\_\_\_ hat in seiner Beurteilung vom 25. August 2017 überzeugend dargelegt, dass aus psychiatrischer Sicht von einer Fortsetzung der medizinischen Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei (Suva-act. 198). Angesichts der langjährigen ambulanten und der seitens der Beschwerdeführerin mehrfach



abgebrochenen teilstationären und stationären Behandlungen, die allesamt zu keiner namhaften Besserung des Beschwerdebildes geführt haben, leuchtet die Annahme des medizinischen Endzustandes ein. Auch die Beschwerdeführerin geht von einem solchen aus. In ihrer Beschwerde vom 1. März 2019 hat sie zwar in ihrem Hauptantrag die Weiterausrichtung von Taggeld und Heilbehandlung verlangt (vgl. act. G 1 S. 2), in ihrer Replik vom 19. August 2019 ist sie demgegenüber selber von einem nicht mehr verbesserungsfähigen Gesundheitsschaden ausgegangen und hat die Ansprüche auf Rente und Integritätsentschädigung in den Vordergrund gestellt (vgl. act. G 14 S. 7). Da im Zeitpunkt der Leistungseinstellung von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und seitens der Invalidenversicherung keine Eingliederungsmassnahmen zu erwarten gewesen sind (vgl. Suva-act. 63 und 102), hat die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Versicherungsleistungen zu Recht eingestellt (Art. 19 Abs. 1 UVG; vgl. E. 2.1 f.).

#### 4.

**4.1.** Zu prüfen bleibt somit, ob die Beschwerdeführerin aufgrund der über den 30. November 2017 hinaus bestehenden psychischen Beschwerden Ansprüche auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung hat. Die Beschwerdegegnerin hat diese Ansprüche mangels Adäquanz verneint (vgl. Suva-act. 221).

**4.2.** Bei Schreckereignissen, die nicht mit einer körperlichen Beeinträchtigung einhergehen bzw. bei welchen die somatischen Beeinträchtigungen der versicherten Person, wie im vorliegenden Fall, von untergeordneter Bedeutung sind, beurteilt sich der adäquate Kausalzusammenhang nach der allgemeinen Adäquanzformel (BGE 129 V 184 E. 4.2; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2011, 8C\_168/2011, E. 3.2). Nach dieser hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 461 f. E. 5a mit Hinweisen).

#### 5.

**5.1.** Im Folgenden ist zunächst festzustellen, welcher Schaden, d.h. welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Beschwerdeführerin über den 30. November 2017 hinaus überhaupt noch Bestand haben und namentlich für die Rentenprüfung, welche Arbeitsunfähigkeit noch gegeben ist.



**5.2.** Den Gesundheitszustand einer versicherten Person zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist, ist Aufgabe von medizinischen Fachpersonen. Die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - ist somit auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). 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 352 E. 3a mit Hinweis).

**5.3.** Die Beschwerdegegnerin hat zwar Dr. H. \_\_\_ danach gefragt, ob von der Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne (Suva-act. 198). Auf eine eingehende Abklärung des Gesundheitszustandes und der funktionellen Auswirkungen allfälliger gesundheitlicher Beeinträchtigungen hat die Beschwerdegegnerin jedoch verzichtet.

**5.4.** Demgegenüber hat die IV-Stelle im Rahmen des IV-Verfahrens ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben. Med. pract. I. \_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hat dieses am 2. November 2019 erstattet (IV-act. 96) und darin folgende Diagnosen festgehalten: eine depressive Episode, gegenwärtig leicht bis allenfalls zeitweilig mittelgradig, eine posttraumatische Belastungsstörung, gegenwärtig weitgehend remittiert, sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen und abhängigen Persönlichkeitszügen (IV-act. 96-39). Sodann ist med. pract. I. \_\_\_ im Gutachten zum Schluss gekommen, dass die Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit noch ca. 5 bis 5.5 Stunden pro Tag ausüben könne bei einer Leistungsminderung von ca. 10 %. Gesamthaft betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 % ca. 50 %. Im Haushalt liessen sich bei einer freien Zeiteinteilung keine Einschränkungen feststellen. Die der Beschwerdeführerin ab August 2013 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit lasse sich aus gutachterlicher Sicht bis Oktober 2013 gut nachvollziehen. Vermutlich seit Oktober 2013, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Oktober 2014 und mit Sicherheit spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung, also ab Oktober 2019, liege eine ca. 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vor. In einer optimal leidensangepassten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit auf 100 % zu schätzen. Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Stresstoleranz, die emotionale



Belastbarkeit und die selbständige Strukturierung der Arbeitsabläufe seien nicht zu empfehlen. Auch Nachtschichten seien ungeeignet (IV-act. 96-55).

**5.5.** In einer Stellungnahme vom 13. November 2019 hat der regionale ärztliche Dienst (RAD) das Gutachten als umfassend und einleuchtend bezeichnet. Die festgestellten psychischen Einschränkungen entsprächen in ihrer Ausprägung nicht den von der Beschwerdeführerin angegebenen Beeinträchtigungen. Die Einschätzung von med. pract. I.\_\_\_\_, wonach es sich um ein eigenwilliges, subjektives Krankheitskonzept mit einem daraus resultierenden maladaptiven Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhalten bei einem hohen sekundären Krankheitsgewinn handle, werde vom RAD geteilt. Es fänden sich sowohl in den Aussagen als auch im Verhalten der Beschwerdeführerin zahlreiche Inkonsistenzen und Widersprüche, die von med. pract. I.\_\_\_\_ beschrieben worden seien. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von med. pract. I.\_\_\_\_ sei plausibel. In der angestammten Tätigkeit sei von einer 50%igen und in einer angepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Diese Arbeitsfähigkeiten würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Oktober 2014 und mit Sicherheit seit Oktober 2019 gelten (IV-act. 97-5 f.).

## 6.

**6.1.** Die Beschwerdeführerin erachtet das Gutachten von med. pract. I.\_\_\_\_ aus verschiedenen Gründen als nicht beweiskräftig und hat diesbezüglich auch auf ihre Eingaben im Beschwerdeverfahren IV 2020/55 vor Versicherungsgericht gegen die ablehnende Rentenverfügung der IV-Stelle vom 7. Februar 2020 verwiesen (act. G 25 und 25.1-25.3).

## 6.2.

**6.2.1.** Zunächst bemängelt die Beschwerdeführerin das Gutachten von med. pract. I.\_\_\_\_ dahingehend, dass es Inkonsistenzen enthalte. So habe med. pract. I.\_\_\_\_ einerseits ausgeführt, dass sie, die Beschwerdeführerin, in ihren Antworten auf konkrete Fragen zu den geltend gemachten Beschwerden trotz wiederholter Nachfragen wenig konkret und stereotyp geblieben sei. Andererseits habe med. pract. I.\_\_\_\_ festgehalten, dass die Angaben bei konkreten Nachfragen wiederholt inkonsistent, punktuell auch widersprüchlich gewesen seien. Diese Schlussfolgerungen seien nicht nachvollziehbar. Wenn Antworten stereotyp seien, könnten sie nicht gleichzeitig inkonsistent sein. Des Weiteren habe med. pract. I.\_\_\_\_ ausgeführt, dass viele ihrer Fragen nicht beantwortet worden seien, da sie, die Beschwerdeführerin, eine fehlende Erinnerung bzw. massive Gedächtnisstörungen seit dem Überfall geltend



gemacht habe. Im Widerspruch dazu habe die Gutachterin dann aber festgehalten, dass bei der Konfrontation mit den in den Akten beschriebenen Ereignissen ein gutes Erinnerungsvermögen vorgelegen habe (act. G 25.1 S. 8 f.).

**6.2.2.** Dass die Beschwerdeführerin teilweise angegeben hat, sich nicht erinnern zu können, sich andererseits aber an gewisse Ereignisse sehr gut hat erinnern können, ist tatsächlich widersprüchlich. Diese Widersprüchlichkeit hat aber nicht die Gutachterin, sondern die Beschwerdeführerin zu verantworten. Med. pract. I. \_\_\_ weist insofern plausibel auf dieses widersprüchliche Erinnerungsvermögen hin, als es eben gerade Zweifel an den geltend gemachten Erinnerungslücken aufkommen lässt. Was den Einwand der Beschwerdeführerin hinsichtlich des Antwortverhaltens betrifft, ist anzumerken, dass Antworten durchaus oberflächlich, also in gewisser Weise stereotyp, und gleichzeitig inkonsistent sein können. Dies zeigt sich in der im Gutachten enthaltenen detaillierten Dokumentation der gegebenen Antworten (vgl. IV-act. 96-26 ff.).

### **6.3.**

**6.3.1.** Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, dass das psychiatrische Gutachten nicht überzeuge, da sich med. pract. I. \_\_\_ nicht rechtsgenügend mit anderslautenden fachärztlichen Beurteilungen auseinandergesetzt habe. Ihre Einschätzung stehe im Widerspruch zur Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. E. \_\_\_, welcher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten attestiert habe. Auch der Hausarzt Dr. med. J. \_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, sei in seinem Bericht vom 28. März 2018 von einer schweren Depression ausgegangen und habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit attestiert. Dr. med. K. \_\_\_, praktischer Arzt, sei in seinem Bericht vom 27. April 2015 ebenfalls von einer akuten Belastungsreaktion ausgegangen. Schliesslich stehe das Gutachten von med. pract. I. \_\_\_ auch in einem Widerspruch zum Bericht des Psychiatrischen Zentrums Y. \_\_\_ vom 13. Januar 2014 und demjenigen der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums V. \_\_\_ vom 23. Mai 2017, in welchen die Arbeitsunfähigkeit ebenfalls auf 100 % geschätzt worden sei. Weiter widerspreche das Gutachten auch der Stellungnahme von Dr. H. \_\_\_ vom August 2017. Dieser sei davon ausgegangen, dass ein überwiegender Teil der Symptomatik ohne den Überfall vom . \_\_\_ 2013 nicht vorhanden wäre und dass sämtliche zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien, weshalb von der weiteren Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung mehr erwartet werden könne (act. G 25 S. 2 ff. und 25.1 S. 9 ff.).



**6.3.2.** Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat sich med. pract. I. \_\_\_ ausreichend mit den teils divergierenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. Die Herleitung der von ihr gestellten Diagnosen hat sie im Gutachten detailliert beschrieben und dabei auf die von anderen Ärzten gestellten Diagnosen ausreichend Bezug genommen. Sie hat ausführlich begründet, weshalb eine allenfalls früher vorhandene schwere depressive Episode sowie eine posttraumatische Belastungsstörung als weitgehend remittiert anzusehen seien (vgl. IV-act. 96-39 ff.). Im Weiteren hat sie bezüglich der Diagnosestellung auch auf Inkonsistenzen in den Berichten der behandelnden Ärzte hingewiesen. So hat sie beispielsweise festgehalten, dass im Austrittsbericht der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums Y. \_\_\_ vom 13. Januar 2014 (vgl. IV-act. 26) die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt worden sei, eine solche aber nicht zu den im Bericht enthaltenen Beschreibungen, wonach die Beschwerdeführerin stets mit Freude an einer Kochgruppe teilgenommen habe und sich dabei kreativ habe einbringen können, passe (IV-act. 96-49). Auch hat med. pract. I. \_\_\_ den zeitlichen Verlauf der Erkrankung unter Würdigung der Berichte der behandelnden Ärzte dargelegt. Dabei hat sie namentlich darauf hingewiesen, dass die ärztlicherseits kurz nach dem Überfall vom . \_\_\_ 2013 erfolgte diagnostische Einschätzung einer akuten Belastungsreaktion ebenso wie die im Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums Y. \_\_\_ vom 3. Oktober 2013 erwähnte posttraumatische Belastungsstörung überzeugend seien. Retrospektiv sei auch die damals diagnostizierte schwere depressive Episode nachvollziehbar. Dr. D. \_\_\_ habe dann allerdings in seinem Bericht vom Dezember 2013 (Suva-act. 29) bereits Inkonsistenzen und Widersprüche in der Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin beschrieben, die gerade auch vor dem Hintergrund der hausärztlichen Berichte von Dr. C. \_\_\_ (vgl. Suva-act. 22, 28 und 41) sowie vor dem Hintergrund des Austrittsberichts des Psychiatrischen Zentrums Y. \_\_\_ vom 4. Oktober 2013 (IV-act. 37-6 ff.) einleuchtend seien (IV-act. 96-48 ff.). In der Tat erscheint es fragwürdig, wenn sich der Zustand der Beschwerdeführerin in den ersten Wochen des stationären Aufenthaltes im Psychiatrischen Zentrum Y. \_\_\_ stark verbessert hat, während sich gegen Ende des Aufenthaltes - angeblich ausgelöst durch einen Termin bei der Opferberatung - plötzlich ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten eingestellt hat, welches eine konsequente Teilnahme am Therapieprogramm verunmöglicht hat (vgl. IV-act. 37-6 ff.). Auch im Rahmen der im Jahr 2014 begonnenen tagesklinischen Behandlung im Psychiatrischen Zentrum Y. \_\_\_ ist gegen Ende des Aufenthaltes - wiederum angeblich ausgelöst durch einen Kontakt mit einer anderen Institution - eine Dekompensation bzw. eine Verschlechterung der Beschwerden eingetreten (vgl. IV-act. 26). Aus psychiatrischer Sicht hat med. pract. I. \_\_\_ keinen nachvollziehbaren Zusammenhang



zwischen den Dekompensationen und der Problematik der posttraumatischen Belastungsstörung erkannt (IV-act. 96-53). Auch die nachfolgenden Versuche einer stationären oder teilstationären Behandlung sind gescheitert. Der Aufenthalt in einer speziell auf Opfer von Traumata ausgerichteten Station der G.\_\_\_\_ im Februar 2016 ist seitens der Beschwerdeführerin nach wenigen Tagen abgebrochen worden, da ihrem Wunsch nach einem Wechsel der Therapeutin nicht nachgekommen worden ist. Gemäss Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 24. Februar 2016 hat sich die Beschwerdeführerin kaum in die Patientengruppe eingefügt, sondern morgens und abends auf den Besuch der Familie gewartet. Die behandelnden Ärzte der G.\_\_\_\_ haben für einen allfälligen erneuten Aufenthalt die Bedingung formuliert, dass die Beschwerdeführerin die Bereitschaft mitbringen müsste, sich in einem Mindestmass in eine bestehende Gruppe einzuleben sowie an einer regelmässigen Psychotherapie teilzunehmen (IV-act. 71). Auch die Teilnahme am Programm der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums V.\_\_\_\_ anfangs 2017 ist von der Beschwerdeführerin vorzeitig beendet worden (IV-act. 66-2 f.). Schon Dr. H.\_\_\_\_ hat in seiner Beurteilung vom August 2017, auf die sich die Beschwerdeführerin unter anderem beruft (vgl. act. G 25 und 25.1-3), bezweifelt, dass die zahlreichen Therapieabbrüche einzig aufgrund eines Überforderungsgefühls erfolgt seien. Als mögliche Ursache für die Behandlungsabbrüche hat er auch die Ambivalenz der Beschwerdeführerin gegenüber den angebotenen Therapien erwähnt (vgl. Suva-act. 198). Weiter hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 2. August 2018 darauf hingewiesen, dass die Anspruchshaltung der Beschwerdeführerin (z.B. der dezidierte Wunsch nach einem Therapeutenwechsel oder der Abbruch der ambulanten Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ aufgrund einer kurzen Wartezeit) nicht unbedingt auf einen Leidensdruck hindeuten würden. Diese Anspruchshaltung passe auch nicht zu einer ängstlich-abhängigen Persönlichkeit (IV-act- 75-5). Damit übereinstimmend hat med. pract. I.\_\_\_\_ retrospektiv lediglich hinsichtlich der ersten stationären psychiatrischen Behandlung im Zeitraum von August bis Oktober 2013 eine gute Motivation der Beschwerdeführerin erkannt, während sie die Motivation hinsichtlich der von August bis Oktober 2014 erfolgten tagesklinischen Behandlung vor dem Hintergrund eines sekundären Krankheitsgewinns zumindest als ambivalent gewertet hat. Eine tragfähige Motivation zu einer Trauma-spezifischen Behandlung in der G.\_\_\_\_ im Februar 2016 oder zur tagesklinischen Behandlung in V.\_\_\_\_ anfangs 2017 ist für die Gutachterin nicht erkennbar gewesen (IV-act. 96-50). Diese Einschätzung von med. pract. I.\_\_\_\_ wird durch die im Rahmen der Begutachtung durchgeführte Messung der Spiegel der verordneten Medikamente gestützt. Der Serumspiegel des Medikaments Temesta (Wirkstoff Lorazepam) hat nämlich unterhalb des therapeutischen Bereichs gelegen und jener des schlafanstossenden



Antidepressivums Trimipramin ist überhaupt nicht nachweisbar gewesen (IV-act. 96-50 f.). Darüber hinaus sind med. pract. I. \_\_\_ im Rahmen der Begutachtung weitere Inkonsistenzen im Verhalten und in den seitens der Beschwerdeführerin geltend gemachten Erinnerungslücken aufgefallen (vgl. IV-act. 96; vgl. auch E. 5.5). Auch das von der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung durch die Beschwerdegegnerin gezeigte Verhalten, das bereits den RAD irritiert hatte (die Beschwerdeführerin hat die ganze Zeit auf der Polstergruppe gelegen und keine Auskunftsbereitschaft gezeigt; vgl. IV-act. 82), hat sich med. pract. I. \_\_\_ medizinisch nicht hinreichend erklären können (vgl. IV-act. 96-54). Gerade vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass med. pract. I. \_\_\_ nicht unbesehen auf die von den behandelnden Ärzten attestierten Diagnosen und bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten abgestellt, sondern diese kritisch hinterfragt hat, zumal die behandelnden Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung geneigt sein können, eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 8C\_677/2014, E. 7.2). Med. pract. I. \_\_\_ hat denn auch einleuchtend dargelegt, dass Dr. E. \_\_\_ sich als behandelnder Arzt nicht mit den bereits von Dr. D. \_\_\_ beschriebenen Inkonsistenzen befasst, sondern in seinen Berichten zu grossen Teilen auch auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt habe (vgl. IV-act. 96-52). Sodann seien in den Austrittsberichten der G. \_\_\_ (IV-act. 67-5 ff.) und der Psychiatrischen Tagesklinik V. \_\_\_ (IV-act. 66-2 f.) Diagnosen unkritisch übernommen worden und die in den Berichten erwähnten psychopathologischen Befunde stellten eine Vermischung von subjektiven Beschwerden und tatsächlich festgestellten psychischen Symptomen dar. Deshalb könne aus gutachterlicher Sicht auf diese Berichte nicht abgestellt werden könne (vgl. IV-act. 96-53). Soweit die Beschwerdeführerin sich auf den Bericht von Dr. J. \_\_\_ vom 28. März 2018 beruft, ist auf die darin enthaltenen Ausführungen zu verweisen, wonach sie diesen Hausarzt nach November 2012 lediglich im Oktober 2017 einmalig wegen thorakaler Schmerzen aufgesucht habe und am 6. März 2018 erneut vorstellig geworden sei, um über die letzten fünf Jahre zu berichten. Dementsprechend hat Dr. J. \_\_\_ bezüglich Diagnosen und Arbeitsunfähigkeiten auf die Einschätzung von Dr. E. \_\_\_ abgestellt und die Beschwerdegegnerin für weitere Angaben an ihn verwiesen (vgl. IV-act. 67-1 ff.). Auch Dr. K. \_\_\_ hat in seinem Bericht vom 27. April 2015 im Wesentlichen auf weitere Berichte verwiesen (vgl. IV-act. 37-2 ff.). Zusammenfassend erscheint die Einschätzung von med. pract. I. \_\_\_, wonach eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit lediglich bis Oktober 2013 gut nachvollziehbar sei, während vermutlich schon danach und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Oktober 2014 in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige und einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit



vorliege (vgl. IV-act. 96-55), einleuchtend. An diesem Ergebnis vermag auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 4. März 2020 nichts zu ändern (vgl. act. G 25.3). Ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten ist nämlich nicht stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.2 mit weiterem Hinweis). Solche im Rahmen der Begutachtung unberücksichtigt gebliebenen Aspekte sind dem Bericht vom 4. März 2020 nicht zu entnehmen.

### 6.4.

**6.4.1.** Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin die Dauer der Begutachtung. Es liege auf der Hand, dass die aus einem knapp dreistündigen Gespräch gezogenen Schlüsse nicht vergleichbar seien mit der Diagnose und der Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_, der sie über längere Zeit regelmässig fachärztlich betreut habe. Insbesondere bei psychischen Problemen erscheine eine einmalige Begutachtung nicht ausreichend, um eine verlässliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornehmen und die Berichte der behandelnden Fachärzte in Frage stellen zu können (vgl. act. G 25.1 S. 7).

**6.4.2.** Dass sich eine psychiatrische Begutachtung nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum wie Berichte behandelnder Fachleute stützen kann, liegt in der Natur der Sache. Dieser Umstand allein vermag den Beweiswert einer Expertise jedoch nicht zu schmälern (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2012, 9C\_671/2012, E. 4.5). Med. pract. I.\_\_\_\_ hat die Beschwerdeführerin sorgfältig und in Kenntnis der Vorakten exploriert. Vorliegend sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Dauer der Untersuchung keine seriöse Beurteilung der Beschwerdeführerin erlaubt hätte.

**6.5.** Die von der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten von med. pract. I.\_\_\_\_ vorgebrachten Einwände erweisen sich nach dem Gesagten als nicht stichhaltig. Vielmehr leuchten die von med. pract. I.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen und die von ihr bescheinigte Arbeitsfähigkeit in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten nicht berücksichtigt worden wären. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von med. pract. I.\_\_\_\_



kann somit abgestellt werden. Folglich ist bis September 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Ab Oktober 2014 ist in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin von einer 50%igen und in optimal leidensangepassten Tätigkeiten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 96-55 und 97-6). Ob sämtliche gutachterlich attestierten Diagnosen und die damit einhergehenden funktionellen Einschränkungen auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, kann für die Rentenprüfung demnach offenbleiben, zumal die im Gutachten festgehaltenen qualitativen Einschränkungen vorliegend auch keinen Tabellenlohnabzug erfordern (vgl. dazu die nachfolgende Erwägung 7).

### 7.

**7.1.** Für die Prüfung des Rentenanspruchs gilt es in einem nächsten Schritt die erwerblichen Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung festzustellen. Anspruch auf eine unfallversicherungsrechtliche Invalidenrente besteht, wenn die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 18 Abs. 1 UVG). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei vor dem Unfall Teilzeitbeschäftigten erfolgt die Invaliditätsbemessung dergestalt, dass das Valideneinkommen auf eine hypothetische Vollzeitbeschäftigung hochgerechnet wird (vgl. Marc Hürzeler/Claudia Caderas, N 19 ff. zu Art. 18, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser (Hrsg.), Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG], mit Hinweisen).

**7.2.** Gemäss den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2014 als Gesunde ein Jahreseinkommen von Fr. 30'160.-- verdient (IV-act. 15-2 ff.). Hochgerechnet auf ein Pensum von 100 % kann von einem Valideneinkommen von gerundet Fr. 50'267.-- (Fr. 30'160.-- / 60 x 100; vgl. dazu IV-act. 15-2 und 18-2; vgl. ferner auch IV-act. 107) und nominallohnbereinigt bis zum Jahr



2017 (Jahr des potentiellen Rentenbeginns) von Fr. 51'132.-- (Fr. 50'267.-- / 2673 x 2719; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2018) ausgegangen werden.

**7.3.** Für die Ermittlung des Invalideneinkommens könnte grundsätzlich auf den Medianlohn der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik für die im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Frauen abgestellt werden. Den LSE-Werten folgend ergäbe sich für das Jahr 2017 für ein Pensum von 100 % (bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden) ein Jahreseinkommen von Fr. 54'783.-- (vgl. Anhang 2 der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Gesetzesausgabe "Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts", Ausgabe 2019). Bei LSE-Daten handelt es sich allerdings lediglich um statistische Durchschnittswerte, was sich daran zeigt, dass die Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall als Gesunde in einem Pensum von 100 % ein unter dem LSE-Wert für Hilfsarbeitertätigkeiten liegendes Einkommen erzielt hat. Da die Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür liefern, dass die Beschwerdeführerin freiwillig auf ein höheres Einkommen verzichtet hat, ist anzunehmen, dass die Unterdurchschnittlichkeit ihres Validenlohns auf die für die Invaliditätsbemessung nicht zu berücksichtigenden Zwänge des realen Arbeitsmarktes zurückzuführen ist. Folglich rechtfertigt es sich vorliegend, das Valideneinkommen auf das Invalideneinkommen anzuheben, wie dies auch die IV-Stelle getan hat (vgl. IV-act. 107-2).

**7.4.** Da somit sowohl hinsichtlich des Validen- als auch hinsichtlich des Invalideneinkommens von derselben Lohnbasis auszugehen ist, kann der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75 und 114 V 313 E. 3a je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 24. Januar 2019, 9C\_492/2018, E. 4.3.1 f. mit Hinweisen). Gründe, die einen weiteren Abzug auf Seiten des Invalideneinkommens rechtfertigen würden, sind vorliegend nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht.

**7.5.** Für die Zeit ab Oktober 2014, in welcher von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auszugehen ist, resultiert demnach ein Invaliditätsgrad von 0 %. Folglich hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht abgelehnt.



### 8.

**8.1.** Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG besteht ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, wenn die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Als dauernd gilt ein Integritätsschaden, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang bestehen bleibt, und als erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]).

**8.2.** In Anlehnung an die Gerichtspraxis zur Adäquanz bei psychischen Unfallfolgen ist gemäss Bundesgericht der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung für psychische Leiden bei banalen bzw. leichten Unfällen regelmässig zu verneinen. Auch bei Unfällen im mittleren Bereich ist die Dauerhaftigkeit eines psychischen Integritätsschadens gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung in der Regel nicht gegeben, ohne dass in jedem Fall eine nähere Abklärung der Art und der Dauerhaftigkeit des psychischen Schadens vorzunehmen wäre. Etwas anderes gilt gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur ausnahmsweise bei Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen, wenn sich aufgrund der Aktenlage erhebliche Anhaltspunkte für eine besonders schwerwiegende Beeinträchtigung der psychischen Integrität ergeben, die einer Besserung nicht mehr zugänglich zu sein scheint. Solche Indizien können in den unfallbezogenen Kriterien, wie sie bei der Adäquanzbeurteilung zu berücksichtigen sind, erblickt werden, sofern sie besonders ausgeprägt und gehäuft gegeben sind und die Annahme nahelegen, dass sie als Stressoren eine lebenslang chronifizierende Auswirkung begünstigt haben. Bei schweren Unfällen schliesslich ist die Dauerhaftigkeit des Integritätsschadens gemäss Bundesgericht stets zu prüfen und falls notwendig durch ein psychiatrisches Gutachten abklären zu lassen, sofern sie nicht bereits aufgrund der Aktenlage als eindeutig ausgewiesen betrachtet werden kann (zum Ganzen BGE 124 V 44 f. E. 5 c/bb; KOSS UVG-Frei, N 18 f. zu Art. 24; je mit Hinweisen).

**8.3.** Dem Unfallereignis vom .\_\_ 2013, bei dem die Beschwerdeführerin über einen längeren Zeitraum an Händen und Füßen gefesselt worden war, ist eine besondere Eindringlichkeit nicht abzusprechen und es ist gut nachvollziehbar, dass es für die Beschwerdeführerin einschneidend gewesen ist. Indessen handelt es sich nicht um ein Unfallereignis vom Ausmass einer eigentlichen Katastrophe oder ausserordentlicher Schwere, sodass es unter die schweren Unfälle zu subsumieren wäre. Vielmehr ist es



bei den mittelschweren Unfallereignissen, maximal im Grenzbereich zu den schweren Unfallereignissen einzustufen. Wird es als mittelschweres Unfallereignis betrachtet, fällt eine Integritätsentschädigung gemäss der oben dargelegten Rechtsprechung grundsätzlich ohnehin ausser Betracht. Selbst bei der Einstufung des Unfallereignisses im Grenzbereich zu den schweren Unfällen muss die Dauerhaftigkeit eines psychischen Integritätsschadens im Sinne einer lebenslangen Einschränkung vorliegend verneint werden, deutet doch die Aktenlage nicht auf eine besonders schwerwiegende Beeinträchtigung der psychischen Integrität hin. Vielmehr ist die posttraumatische Belastungsstörung gemäss med. pract. I.\_\_\_\_ im Zeitpunkt der Begutachtung bereits als weitgehend remittiert zu betrachten gewesen und die noch bestehende depressive Episode hat sie als gegenwärtig leicht bis allenfalls zeitweilig mittelgradig eingestuft (IV-act. 96-39). Was die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung betrifft, ist auf die Ausführungen von med. pract. I.\_\_\_\_ hinzuweisen, wonach bei der Beschwerdeführerin keine Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung vorliege. Die bei der Beschwerdeführerin seit der Jugend bestehenden Persönlichkeitseigenschaften hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Bei einer guten Motivation sei es der Beschwerdeführerin möglich gewesen, über Jahre hinweg einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (IV-act. 96-41; zu den bereits vorbestehenden ängstlichen Persönlichkeitszügen vgl. ferner Suva-act. 20, 52 und 135). Folglich lassen sich auch aus der Diagnose der kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen und abhängigen Persönlichkeitszügen (IV-act. 96-39) keine Anhaltspunkte für eine besonders schwerwiegende unfallkausale Beeinträchtigung der psychischen Integrität ableiten. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint.

**9.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ansprüche auf Rente und Integritätsentschädigung mangels einer rentenbegründenden Invalidität bzw. eines dauerhaften psychischen Integritätsschadens zu verneinen sind. Damit erübrigen sich weitere Ausführungen zur Unfallkausalität.

**10.**

**10.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

**10.2.** Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung).



## St.Galler Gerichte

**10.3.** Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauter Institution keine Parteientschädigung zu (vgl. BGE 128 V 133 f. E. 5b).

**10.4.** Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Angemessen ist mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.--, wobei diese um einen Fünftel zu kürzen ist (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit pauschal Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

**10.5.** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

- 1.** Die Beschwerde wird abgewiesen.
- 2.** Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
- 3.** Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).