



Fall-Nr.: UV 2009/68
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 06.04.2020
Entscheiddatum: 22.06.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 22.06.2010

Art. 6 UVG: Leistungseinstellung zweieinhalb Jahre nach einem HWS-Schleudertrauma (Auffahrunfall). Abklärung der natürlichen und adäquaten Unfallkausalität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juni 2010, UV 2009/68).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 22. Juni 2010

in Sachen

M.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., c/o K & B Rechtsanwälte,
Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a M.____ war als Maschinenbedienerin bei der A.____ tätig und dadurch bei der Suva unfallversichert, als sie am 3. Oktober 2005 als Beifahrerin in einem Personenwagen bei einem Auffahrunfall ein HWS-Distorsionstrauma erlitt. Die Erstbehandlung erfolgte am Unfalltag bei N.____, prakt. Arzt, (UV-act. 1, 2). Die anschliessende Behandlung führte Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie FMH, durch. Sie bestätigte die Diagnose einer HWS-Distorsion (UV-act. 5). In der Folge wurden umfassende medizinische Behandlungen und Abklärungen vorgenommen. Die Invalidenversicherung lehnte Rentenleistungen im Vorbescheid vom 19. Juli 2007 mit Hinweis auf eine 25%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ab (UV-act. 132). Nach Vornahme von weiteren medizinischen Abklärungen (UV-act. 136, 140, 143) stellte die Suva mit Verfügung vom 28. März 2008 sämtliche Versicherungsleistungen auf den 31. März 2008 ein mit der Begründung, dass aufgrund der Akten die natürliche Unfallkausalität der aktuell bestehenden Beschwerden nicht gegeben und die Adäquanz in Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung zu verneinen sei (UV-act. 147).

A.b Die gegen diese Verfügung von Fürsprecher Marco Büchel, LL.M, Uzwil, erhobene Einsprache vom 28. April 2008 (UV-act. 155) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 12. Mai 2009 ab (UV-act. 175). Eine vorsorglich erhobene Einsprache hatte der Krankenversicherer der Versicherten wieder zurückgezogen (UV-act. 148f).

B.

B.a Gegen den Einspracheentscheid vom 12. Mai 2009 erhob Fürsprecher Büchel für die Versicherte mit Eingabe vom 12. Juni 2009 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die Verfügung vom 28. März 2008 und der Einspracheentscheid seien aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auch nach dem 31. März 2008 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Es sei ein polydisziplinäres Gutachten zu erstellen und es sei gestützt auf dieses Gutachten die Rentenfrage zu prüfen. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtsverbeiständung für das vorliegende



Verfahren zu erteilen. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter unter anderem aus, das Ereignis vom 3. Oktober 2005 sei als mittlerer Unfall im Sinn der Rechtsprechung zu qualifizieren. Das biomechanische Gutachten beruhe auf ungesicherten Angaben und Spekulationen. Die Beschwerdegegnerin bejahe den natürlichen Kausalzusammenhang, nicht jedoch die Adäquanz. Bei Beschwerden, die wie hier länger und ohne deutliche Besserungstendenz bestehen würden, sei eine interdisziplinäre Abklärung und die Beurteilung durch Fachärzte angezeigt. Auch wenn davon ausgegangen werde, dass die von der Beschwerdegegnerin getroffenen Abklärungen genügen würden, so gehe doch aus keinem Bericht hervor, dass die Beschwerden nicht wenigstens eine wesentliche Teilursache des erlittenen Unfalls seien. Es seien mindestens drei der im Bereich der mittleren Unfälle verlangten Adäquanzkriterien erfüllt, was dazu führe, dass die Adäquanz zu bejahen sei.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 17. August 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des angefochtenen Entscheids. Zur Begründung verwies sie auf die Darlegungen im angefochtenen Entscheid und führte unter anderem aus, darin seien sowohl der natürliche wie auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 3. Oktober 2005 verneint worden. Die Berichte des Kreisarztes Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie (UV-act. 143) und des Suva-Arztes Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH (UV-act. 173), würden die beweismässigen Anforderungen erfüllen; auf sie sei abzustellen. Der von der Beschwerdeführerin geklagte Tinnitus stehe nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Es fehle an einem unfallbedingtem organischen Substrat im Sinn einer strukturellen Veränderung. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass die aktuell geklagten, für eine HWS-Distorsion typischen Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall stehen würden, sei die Leistungseinstellung aufgrund der fehlenden Adäquanz gerechtfertigt. Die Beschwerdeführerin sei umfassend untersucht und abgeklärt worden. Von weiteren Abklärungen seien in unfallversicherungsrechtlicher Sicht keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Ausgehend von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen sei lediglich das Adäquanzkriterium der erheblichen Beschwerden, jedoch nicht in ausgeprägter Form, erfüllt.



St.Galler Gerichte

B.c Mit Replik vom 29. September 2009 und Duplik vom 20. Oktober 2009 bestätigten die Parteien ihre Anträge und Ausführungen.

C. Am 21. Oktober 2009 bewilligte der Versicherungsgerichtspräsident die unentgeltliche Rechtsverbeiständung der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren (act. G 12).

Erwägungen:

1.

Streitig ist, ob die Leistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 3. Oktober 2005 ausgerichtet wurden, auf den 31. März 2008 eingestellt werden durften oder nicht. Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 sowie 117 V 359 und 134 V 109). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung des Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 1b je mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beurteilen (BGE 123 III 110 Erw. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie



folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, 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 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 Erw. 3b).

2.

2.1 Im Bericht vom 5. Oktober 2005 vermerkte Dr. B.____, dass bei der Beschwerdeführerin im Sommer 2004 (vor dem streitigen Unfall) Abklärungen wegen einer "über Nacht blockierten HWS" stattgefunden hätten. Die Nackenbeschwerden seien seither trotz durchgeführter Manualtherapie nicht vollständig verschwunden. Hinsichtlich des am 3. Oktober 2005 erlittenen HWS-Distorsionstraumas hätten sich weder klinisch noch radiologisch Hinweise für eine Verletzung neuraler oder ossärer Strukturen ergeben (UV-act. 5f). Dr. med. E.____, FMH für Chirurgie, berichtete am 7. November 2005, die Patientin habe sich am 11. Oktober 2004 mit Schmerzen im Bereich der HWS, seit ca. einer Woche bestehend, gemeldet. Diese seien ohne Trauma aufgetreten und hätten sich an Intensität nicht geändert. Die angefertigten Röntgenaufnahmen hätten eine beginnende Arthrose vor allem bei C5/6 und C6/7 gezeigt. Nach der manuellen Therapie am 11. Oktober 2004 habe die Patientin weniger Beschwerden gehabt. Am 14. Oktober 2004 sei die Therapie ein zweites Mal durchgeführt worden. Mit der zweiten Behandlung sei die damalige Therapie abgeschlossen worden (UV-act. 10). Im Bericht vom 12. Dezember 2005 hielt Suva-Kreisarzt Dr. med. F.____ als Angabe der Beschwerdeführerin eine Zustandsbesserung



fest. Sie habe immer noch Nackenbeschwerden und Kopfschmerzen, jedoch keinen Trümmel mehr. Die Sinnesorgane (Augen, Gehör, Geruchssinn) seien in Ordnung. Zwei bis dreimal wöchentlich mache sie Physiotherapie. Von Seiten der Unfallfolgen bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit, im Sinn einer Angewöhnung halbtags 50 % ab 15. Dezember 2005, 75 % ab 2. Januar 2006 und 100 % ab 30. Januar 2006 (UV-act. 23). Im Bericht vom 23. Januar 2006 hielt Dr. B.____ unter anderem fest, die Schmerzsymptomatik habe sich in den letzten dreieinhalb Monaten noch verstärkt. Die Beschwerdeführerin klage neben Schmerzen im Nacken auch über solche im Handgelenk, im Ellbogen und beiden Armen sowie in der BWS mit Ausstrahlung in die LWS, in die Hüfte und ins linke Bein. Sie (die Ärztin) habe den Eindruck, dass die Beschwerdeführerin schon vor dem Unfallereignis die Doppelbelastung als Hausfrau/Mutter und eine 100 %ige Berufstätigkeit nur knapp habe bewältigen können. Der Unfall und die nachfolgenden Schmerzen hätten wahrscheinlich zu einer vollständigen Dekompensation geführt. Sie (die Ärztin) halte einen vorübergehend noch auf 50 % reduzierten Einsatz für sinnvoll. Diese Teilarbeitsunfähigkeit sei auch durch unfallfremde Faktoren mit bedingt (UV-act. 36). Am 5. und 25. April 2006 gab die Beschwerdeführerin der Suva-Mitarbeiterin bekannt, sie habe Schmerzen im linken Ellbogen (unfallfremd) und seit einiger Zeit auch ein Pfeifen in den Ohren (UV-act. 50, 51). Der Neurologe Dr. med. G.____ berichtete am 1. Mai 2006, die neurologische Untersuchung und das EEG würden einen unauffälligen Befund zeigen (UV-act. 58).

2.2 Eine Vestibulärabklärung im Kantonsspital St. Gallen ergab gemäss Bericht vom 21. Juni 2006 einen subtotalen Ausfall des linken Vestibulärorgans (mit Schwankschwindel und Schwarzwerden vor den Augen). Ein Zusammenhang mit dem Unfall sei nicht erkennbar, da ein akuter Drehschwindel in der Anamnese nicht eruierbar sei (UV-act. 72). Im Nachgang zu einem Aufenthalt in der Klinik Valens vom 10. Juli bis 10. August 2006 wurde in den Austrittsberichten vom 8. und 22. August 2006 festgehalten, die Patientin habe sich mittelmässig engagiert gezeigt und habe ergotherapeutische Verhaltensweisen nur schwer annehmen und umsetzen können. Es sei eine psychosomatische Vorstellung mit der Diagnose einer angedeuteten leichtgradigen depressiven Symptomatik erfolgt, welche jedoch im Zusammenhang des anhaltenden Beschwerdebildes bei tendenziell maladaptivem Schmerzbewältigungsverhalten gesehen werden müsse. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei halbtags zumutbar. Eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende



Tätigkeit sei ganztags mit zusätzlichen Pausen, insgesamt ca. zwei Stunden pro Tag aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit, zumutbar (UV-act. 81, 84). Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis mit der Beschwerdeführerin auf den 31. Oktober 2006 auf (UV-act. 80, 95). In der Folge anerkannte die Beschwerdegegnerin bis Ende Oktober 2006 (Ende des Arbeitsverhältnisses) eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 88). Der Suva-Arzt Dr. med. O.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, kam im Bericht vom 5. Dezember 2006 zum Schluss, anlässlich der neurologischen Untersuchung bei Dr. B.____ am 5. Oktober 2005 habe die Beschwerdeführerin weder über Ohrbeschwerden noch über Tinnitus geklagt. Sie verfüge über ein altersentsprechend praktisch normales Gehör. Der geklagte Tinnitus stehe nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang mit dem Unfall (UV-act. 102). Die Beschwerdegegnerin erklärte sich dennoch bereit, die Kosten für die von Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, verordnete Bogduk-Therapie zu übernehmen (UV-act. 113f). Im Bericht vom 4. Dezember 2006 hatte Dr. H.____ unter anderem festgehalten, die beim Unfall vom 3. Oktober 2005 wirkenden Kräfte im Bereich der HWS und des cervico-cranialen Übergangs hätten genügend Relevanz gehabt, eine HWS-Distorsion bzw. multisegmentale Läsionen der cervicalen Facettengelenke zu verursachen. Die Kollegen der ORL-Klinik des Kantonsspitals St. Gallen seien apparativ nicht der Lage, eine komplette neuro-otologische und aequilibrimetrische Untersuchung mit notwendigen modifizierten Testverfahren durchzuführen. Deren Beurteilung, dass der Vestibulärausfall möglicherweise die Folge des Sturzes vor 27 Jahren sei, könne er nicht nachvollziehen (vgl. UV-act. 105). Im Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 5. Januar 2007 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin fest, letztere habe auf eigene Initiative per 4. Dezember 2006 eine Praktikumsstelle beim I.____ gefunden. Dort sei sie unter grösster Anstrengung zu 75 % tätig (UV-act. 106). Am 15. Februar 2007 berichtete Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, es lasse sich keine eigenständige depressive Krankheit feststellen. Es handle sich um eine depressive Reaktion auf den Unfall bzw. die dauernden Schmerzen als Unfallfolge. Eine maladaptive Schmerzbewältigung lasse sich nicht bestätigen (UV-act. 116). Im Bericht vom 2. Mai 2007 hielt Dr. H.____ fest, in Bezug auf die (durch die Behandlung erreichte) praktische Schwindelfreiheit der Patientin sei die Durchführung eines visuo-vestibulären Trainings nicht mehr notwendig (UV-act. 121). Hierauf liess die



Beschwerdeführerin mitteilen, durch die Bogduk-Therapie habe es nur eine vorübergehende Besserung gegeben (UV-act. 123).

2.3 Dr. med. K.____, Leitender Arzt Anästhesie, Spital Wattwil, hielt im Bericht vom 18. August 2007 als neue Diagnose einen Verdacht auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ I des linken Armes fest. Als Auslöser des CRPS müsse die HWS-Problematik angesehen werden; andere Läsionen seien anamnestisch nicht zu erheben (UV-act. 135). Frau Dr. J.____ bestätigte am 25. August 2007 die Diagnose einer depressiven Anpassungsstörung im Zusammenhang mit anhaltenden starken Schmerzen und Schwindel nach Schleudertrauma (UV-act. 136). Eine neurologische Abklärung im Kantonsspital St. Gallen ergab gemäss Berichten vom 21. Dezember 2007 und 30. Januar 2008 einen elektrophysiologischen Normalbefund ohne Hinweise für das Vorliegen einer Neuropathie im Bereich der oberen Extremitäten und untersuchten Nerven. Die Beschwerden (aufgrund welcher ein CRPS diagnostiziert wurde) seien nach dem Unfall vom 3. Oktober 2005 mit einer Latenz von sieben Wochen aufgetreten. Daher würden die aktuell gültigen Diagnosekriterien für ein Beschleunigungstrauma der HWS (beschwerdefreies Intervall von maximal 48 Stunden) nicht erfüllt. Die morgendliche Betonung der Beschwerden mit Gelenksschmerzen sowie Gelenkschwellungen lasse ohne peripher nachweisbares neurologisches Defizit an eine rheumatologische Grunderkrankung denken. Es werde eine weiterführende rheumatologische Abklärung empfohlen. Bezüglich des teils unsystematischen und teils drehenden Schwindels habe man keine Hinweise auf ein periphere vestibuläre Störung, eine Durchblutungsstörung und auch keine anderen Störungsbilder gefunden. Ein Zusammenhang der Schwindelsymptomatik mit der Bewegungseinschränkung und der muskulären Dysbalance im Bereich der HWS sei denkbar. Es werde eine regelmässige Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis empfohlen. Zur Behandlung der rezidivierenden Kopfschmerzen, welche am ehesten im Sinn eines Spannungskopfschmerzes zu interpretieren seien, seien unter anderem ein Nikotinstopp und physikalische Massnahmen zu empfehlen. Differentialdiagnostisch sei bei prolongiertem Heilungsverlauf, depressiver Episode und Angststörung auch an eine somatoforme Störung zu denken (UV-act. 140). Suva-Kreisarzt Dr. C.____ erachtete die Diagnose eines CRPS Typ 1 als nicht nachgewiesen. Es würden diesbezüglich die entscheidenden Kriterien im klinischen Bild fehlen. Lediglich bezüglich Vestibularissituation sei eine strukturelle Läsion nachweisbar; alle übrigen Abklärungen



hätten keine organisch nachweisbare strukturelle Läsion gezeigt. Bezüglich der Vestibulärsituation bestehe jedoch kein Zusammenhang zum Unfallereignis des Jahres 2005. Es liege kein mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesener natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem sich heute präsentierenden klinischen Bild und den geäusserten Schmerzen vor, würden doch die Nachweise organischer posttraumatischer Veränderungen bzw. neurologisch identifizierte andere Ausfallerscheinungen fehlen. Der Status quo sine sei damit erreicht. Aus diesem Grund stelle sich die Frage nach dem Erreichen des Endzustands in diesem Zusammenhang nicht. Es bestünden nach wie vor unfallfremde Probleme, welche behandlungsbedürftig seien (Bericht vom 28. Februar 2008; UV-act. 143).

2.4 Suva-Arzt Dr. D.____ legte in der Beurteilung vom 4. Mai 2009 unter anderem dar, die Beschwerdeführerin habe infolge des Unfalls vom 3. Februar (richtig: Oktober) 2005 eine leichte HWS-Distorsion WAD Grad 2 mit muskuloskelettalen Zeichen ohne neurologisches Defizit und ohne strukturelle Läsion erlitten. Mit zeitlicher Latenz zum Unfallzeitpunkt habe sie Beschwerden beklagt, welche aus neurologischer Sicht aufgrund der Latenz nicht kausal auf diesen zurückgeführt werden könnten. Die ORL-Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen hätten keine Unfallfolgen feststellen können; dies sei von ORL-Arzt Dr. O.____ bestätigt worden. Dr. H.____ habe dagegen festgehalten, dass die Beschwerdeführerin multisegmentale Läsionen der zervikalen Facettengelenke durch den Unfall erlitten habe. Einen objektiven Nachweis hierfür habe er aus neurologischer Sicht nicht erbringen können. Die von ihm empfohlene Therapie nach Bogduk (zur Behandlung der Schwindelbeschwerden) sei durchgeführt worden. Ein langfristiger Erfolg habe sich jedoch nicht eingestellt. Gemäss Bericht von Dr. J.____ vom 25. August 2007 habe die Beschwerdeführerin wieder über Schwindel und Schmerzen im linken Arm geklagt. Dieser Verlauf spreche gegen die Hypothese von Dr. H.____. Anlässlich der Untersuchung in der Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen am 20. Dezember 2007 habe kein neurologisches Defizit festgestellt werden können. Eine Magnetresonanztomographie der HWS vom 11. Januar 2008 habe leichte degenerative Veränderungen mit einer leichten Vorwölbung der Bandscheibe C5/C6 bei sonst unauffälligem Befund gezeigt. Vergleiche man diese Bilder mit der Voruntersuchung vom 22. November 2005, zeige sich keine über die Erwartung hinausgehende Zunahme degenerativer Veränderungen. Eine richtunggebende Verschlimmerung könne demzufolge nicht festgestellt werden. Die heute bestehenden Beschwerden seien nicht



mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 3. Oktober 2005 zurückzuführen. Aufgrund der Unfallfolgen seien keine weiteren Abklärungen oder Therapien erforderlich (UV-act. 173). Am 8. Juni 2009 bescheinigte Dr. J.____, dass die Beschwerdeführerin vom 21. August 2006 bis 12. Dezember 2008 bei ihr in Behandlung gestanden sei (act. G 1.2/2). Dr. E.____ berichtete am 6. Juni 2009 über die von ihm vorgenommenen Behandlungsmassnahmen (act. G 1.2/4).

3.

3.1 Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber somatisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Bei letzteren handelt es sich um Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Folglich kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/ bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 9, 117 V 359 Erw. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 Erw. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 mit Hinweisen). So sind beispielsweise ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde 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. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C_124/2008] mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U13/07] Erw. 3.2 und 3.3). Im vorliegenden Fall ergaben die medizinischen Abklärungen keine durch den Unfall bedingten organisch-strukturellen Befunde (vgl. UV-act. 5f, 21).

3.2 Zu den von Dr. H.____ festgestellten Befunden ist festzuhalten, dass es sich nach der Rechtsprechung bei der Posturographie um eine in Fachkreisen zwar nicht unbestrittene, jedoch weit verbreitete und auch in Universitätskliniken schon seit



längerer Zeit verwendete Untersuchungsmethode handelt, deren Wissenschaftlichkeit nach dem heutigen Stand der Medizin kaum zu bestreiten ist. Die damit zu gewinnenden Erkenntnisse sind indessen beschränkt. Die Posturographie liefert zwar zusätzliche Informationen, und es lassen sich damit sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektivieren. Sie vermag jedoch keine direkten Aussagen zur Ätiologie des Leidens und zu dessen allfälliger Unfallkausalität zu machen. Auch lässt sich daraus nicht unmittelbar auf eine bestimmte Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit schliessen. Sie bildet deshalb lediglich ein zusätzliches Element bei der Beurteilung vestibulärer Störungen. Daraus folgt, dass sich aus der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts durch Dr. H.____ direkt verwertbare Aussagen zur Unfallkausalität nicht ableiten lassen (vgl. Urteil des EVG vom 29. März 2006 i/S J. [U 254/04] Erw. 2.3.2), zumal auch diese erst über ein Jahr nach dem Unfall erfolgte und Dr. H.____ den bei der Beschwerdeführerin unbestrittenermassen bestehenden Unfallvorzustand an der HWS (vgl. UV-act. 5f, 10) nicht in seine Würdigung einbezog (UV-act. 105). Wenn aufgrund der Vestibulärabklärung im Kantonsspital St. Gallen ein Zusammenhang der Schwindelbeschwerden mit dem in Frage stehenden Unfall als nicht erkennbar erachtet wurde (UV-act. 72) bzw. die Schwindelursache in einer späteren neurologischen Untersuchung als unklar bezeichnet wurde (UV-act. 140), so ist jedenfalls ein überwiegend wahrscheinlicher Unfallkausalzusammenhang der Schwindelbeschwerden nicht belegt. Was die von der Beschwerdeführerin erstmals im April 2006 - über ein halbes Jahr nach dem Unfall - vorgebrachten Tinnitus-Beschwerden betrifft (UV-act. 50, 51), so ist festzuhalten, dass diese sich angesichts des verzögerten Auftretens der Symptomatik nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 3. Oktober 2005 zurückführen lassen (vgl. UV-act. 102); ebenso wahrscheinlich ist eine vollständig unfallfremde Ursache. Dies umso mehr, als die Beschwerdeführerin noch anlässlich der Kreisarzt-Untersuchung vom 12. Dezember 2005 angegeben hatte, dass ihr Gehör in Ordnung sei (vgl. UV-act. 23 S. 2 oben) und sie auch am 23. Januar 2006 gegenüber Frau Dr. B.____ keinen Tinnitus erwähnt hatte (UV-act. 36).

3.3 Betreffend die von Dr. K.____ im Bericht vom 18. August 2007 neu erhobene Verdachtsdiagnose eines CRPS Typ I des linken Arms, welches nach Meinung dieses Arztes durch die HWS-Problematik ausgelöst wurde (UV-act. 135), ist festzuhalten, dass auch hier eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität nicht als belegt gelten kann. Mit den Begriffen CRPS, komplexes regionales Schmerzsyndrom,



Algodystrophie oder Morbus Sudeck wird in der Medizin ein posttraumatisches Krankheitsbild beschrieben, das sich, von einem blanden Trauma ausgelöst, schnell zu heftigen Schmerzen von brennendem und invalidisierendem Charakter wandelt, dem sich motorische, trophische und sensomotorische Funktionseinschränkungen zugesellen; typisch ist, dass eine ganze Extremität oder eine grosse Körperregion betroffen ist. Auslösende Ursachen können unter anderem Gelenksdistorsionen aber auch beispielsweise ein Herzinfarkt sein (vgl. NIX/VAN HOUDENHOVE, Komplexes regionales Schmerzsyndrom, in: Egle/Hoffmann/Lehmann/ Nix [Hrsg], Handbuch Chronischer Schmerz, Stuttgart/New York 2003, S. 588 f.; vgl. auch HEIERLI/MEYER/RADZIWILL, Nosologischer Rahmen und Terminologie, in: Bär/Felder/Kiener [Hrsg.], Algodystrophie [complex regional pain syndrom I], SUVA Luzern 1998, S. 7). Ätiologie und Pathogenese der CRPS sind unklar, weshalb gemäss KIENER/KISLING, Begutachtungsfragen der Algodystrophie, in: Algodystrophie [complex regional pain syndrom I], a.a.O., S. 90 zur Qualifikation des Beschwerdebilds als Folge eines Unfalls die folgenden drei Kriterien erfüllt sein sollten: a) Nachweis eines Körperschadens nach einem Unfall (beispielsweise in Form eines Hämatoms oder einer Schwellung) oder das Auftreten einer Algodystrophie nach einer wegen einer Unfallverletzung durchgeführten Operation, b) Ausschluss anderer nicht traumatischer, ursächlicher Faktoren (wie z.B. Zustand nach Myokardinfarkt, nach Apoplexie, nach/bei Barbiturat-Einnahme, bei Tumoren, bei Schwangerschaften etc.) sowie c) Kurze Latenzzeit zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Algodystrophie (bis maximal sechs bis acht Wochen; Urteil des Bundesgerichts vom 5. Januar 2010 i/S P.S. [8C_384/2009]). Im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen wurde festgehalten, dass sich bei der Patientin, welche sich mit einem komplexen Schmerzsyndrom vorgestellt habe, klinisch-neurologisch erschwerte Untersuchungsbedingungen mit schmerzbedingter Schonhaltung und generalisierter Minderinnervation des linken Armes ergeben hätten. Elektrophysiologisch habe sich ein Normalbefund ohne Hinweise für eine Neuropathie im Bereich der oberen Extremitäten und der untersuchten Nerven gezeigt. Die Ärzte vermuteten eine rheumatologische Grunderkrankung (vgl. UV-act. 140). Angesichts dieser Verhältnisse (Nichtvorliegen eines äusserlich sichtbaren Körperschadens am linken Arm nach dem Unfall; nicht erhärtete Verdachtsdiagnose und weitere Diagnose-Vermutungen; fehlender Ausschluss anderer, krankheitsbedingter Ursachen) kann nicht von einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallverursachung ausgegangen werden. Im



ausführlichen Bericht von Dr. H.____ vom 4. Dezember 2006 wurden zudem Beschwerden der erwähnten Art sowohl in der Anamnese als auch im Bericht selbst überhaupt nicht mehr vermerkt (UV-act. 105). Zum Vorbringen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, ein Kreisarzt, der sich zur Frage der natürlichen Kausalität äussere, sei nicht mehr objektiv (act. G 9 S. 3), ist festzuhalten, dass die Abklärung der natürlichen Unfallkausalität zweifellos zum Aufgabenbereich des Kreisarztes gehört bzw. eine seiner Kerntätigkeiten darstellt. Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee mit Hinweis). Art. 8 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK geben keinen formellen Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es liegen keine konkreten Anhaltspunkte vor, aufgrund welcher die begründeten Schlussfolgerungen der Suva-Ärzte Dr. C.____ und Dr. D.____ in Frage zu stellen wären.

3.4 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund an der HWS im erwähnten Sinn vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegen (BGE 117 V 359 Erw. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 Erw. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 Erw. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss jedoch nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05] und vom 15. März 2007 i/S G. [U 258/06]; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 Erw. 5e). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können.



3.5 Gemäss Bericht von pract. med. Edelmann vom 6. November 2005 bestanden im Nachgang zum streitigen HWS-Distorsionstrauma linksbetonte Nackenschmerzen, Übelkeit und Trümmelgefühl (UV-act. 2). Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma gab die Beschwerdeführerin gemäss den Einträgen von Dr. B.____ vom 10. Oktober 2005 an, nach dem Unfall an Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindel und Übelkeit gelitten zu haben. Es habe ein Kopfanprall an der Kopfstütze stattgefunden. Eine Bewusstlosigkeit und eine Gedächtnislücke verneinte sie, bejahte jedoch eine Angst- und Schreckreaktion. Vor dem Unfall hätten (seit einem Jahr) behandlungsbedürftige Beschwerden im Nacken bestanden (UV-act. 4). Im Erhebungsblatt der Beschwerdegegnerin für die Abklärung von HWS-Fällen bestätigte die Beschwerdeführerin diese Angaben (UV-act. 15). Angesichts dieser Aktenlage kann vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds unmittelbar nach dem Unfall gesprochen werden, das mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten ist. Entsprechend anerkannte die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin bis zum 31. März 2008.

4.

4.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. 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 (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 Erw. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die



versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG vom 18. Dezember 2003 i/S Z. [U 258/02], vom 25. Oktober 2002 i/S L. [U 143/02] und vom 31. August 2001 i/S O. [U 285/00]).

4.2 Aufgrund der in der Erw. 2.1 bis 2.4 dargelegten medizinischen Akten können die nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (31. März 2008) weiter bestehenden Gesundheitsstörungen an der HWS nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürliche (Teil-)Folge des versicherten Unfalls angesehen werden. Aber selbst wenn dies zweifelhaft wäre, würde sich eine Rückweisung der Sache zwecks weiterer Abklärung des natürlichen Zusammenhangs erübrigen, weil es - wie nachstehend zu zeigen sein wird - an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs fehlt. Angesichts der geschilderten medizinischen Gegebenheiten ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 Erw. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien zu beurteilen und dabei auf eine Differenzierung zwischen psychischen und physischen Komponenten zu verzichten, kann doch nach Lage der Akten - bei weiterhin bestehendem vielschichtigen Beschwerdebild - eine eindeutige Dominanz psychischer Probleme (vgl. BGE 123 V 98 Erw. 2a) nicht als nachgewiesen gelten.

4.3 Zu prüfen ist sodann, ob per 31. März 2008 noch eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit vorlag bzw. ob von einem Fallabschluss im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109 Erw. 4) - ausgegangen werden durfte oder nicht. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer bedingt dabei lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008 i/S G. [8C_467/2008], Erw. 5.2.2.2.). Die bei der Beschwerdeführerin im Jahr 2007 durchgeführte Therapie nach Bogduk (vestibuläres Training) bewirkte nach Lage der Akten keine dauerhafte gesundheitliche Verbesserung (vgl. UV-act. 121, 123, 136, 140 S. 2f), wobei allerdings im November 2007 von Seiten des behandelnden Arztes festgehalten wurde, postinterventionell seien die Schmerzen verschwunden; die Beschwerdeführerin könne den Kopf wieder in alle Richtungen bewegen (UV-act. 139). Für die Annahme einer Weiterdauer der Behandlungskostenübernahme genügt es nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte



Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A., Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, 388). Für die Bejahung eines medizinischen Endzustandes wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). Im Nachgang zu einer neurologischen Abklärung im Kantonsspital St. Gallen wurde im Bericht vom 30. Januar 2008 - bei Fehlen eines neurologischen Defizits und Erwägung einer allfälligen rheumatologischen Grunderkrankung - eine regelmässige Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis empfohlen (UV-act. 140). Hierbei ist allerdings der bereits vor dem Unfall vom 3. Oktober 2005 bestehende krankheitsbedingte Zustand der HWS mit Behandlungsbedürftigkeit mit einzubeziehen (vgl. UV-act. 5f, 10), so dass eine Unfallbedingtheit der Behandlung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen erscheint. Am 28. Februar 2008 erklärte die Beschwerdeführerin gegenüber der Case Managerin, sie könne nicht sagen, ob die Osteopathie etwas bringe; es sei eine komische Therapie (UV-act. 144). Dr. E.____ vermerkte im Bericht vom 6. Juni 2009 lediglich die Verabreichung von schmerzlindernden Spritzen seit dem 1. April 2008 und führte im Übrigen aus, ihm seien keine weiteren Therapien seit dem 1. April 2008 bekannt (act. G 1.2/4). Damit kann nicht als belegt gelten, dass mit den vorgenommenen Behandlungen nach März 2008, welche auch eine Psychotherapie bis Ende 2008 beinhaltete (vgl. act. G 1.2/2), eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden konnte. Die geschilderte tatsächliche und rechtliche Situation spricht bei ausgebliebenem Erfolg der bisherigen Therapien dafür, dass auf Ende März 2008 von den Unfallfolgen her zu Recht von einem Behandlungsabschluss im vorerwähnten Sinn ausgegangen wurde (vgl. UV-act. 143, 173). Aber selbst wenn von einer unfallbedingten Notwendigkeit einer therapeutischen Weiterbetreuung über das erwähnte Datum hinaus auszugehen wäre, müsste - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die Adäquanz verneint werden. Von einer interdisziplinären Begutachtung im Sinn einer Gesamtschau (vgl. dazu BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4) kann vor diesem Hintergrund abgesehen werden, zumal die Beschwerdeführerin neurologisch (UV-act. 5, 36, 58, 140), otoneurologisch (UV-act. 72,



105) und psychiatrisch (UV-act. 116) umfassend abgeklärt wurde. Zudem sind rechtsprechungsgemäss weitere Abklärungen bezüglich der natürlichen Unfallkausalität dann nicht erforderlich, wenn der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2008 i/S P. [8C_217/2008], Erw. 7.3). Sodann bedarf es eines poly-/interdisziplinären Gutachtens für die Klärung von bei der Prüfung einzelner Adäquanzkriterien zuweilen auftauchenden Problemen nicht zwingend, wenn - wie hier - Berichte von Ärzten verschiedener in Betracht fallender Fachrichtungen vorliegen, welche eine schlüssige Gesamtbeurteilung zulassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2008 i/S M. [8C_527/2008] Erw. 3.2.2).

5.

5.1 Gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung vom 4. Januar 2006 lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs, in welchem die Beschwerdeführerin als Beifahrerin sass, innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h. An biomechanischen Besonderheiten seien degenerative Veränderungen der HWS mit vorbestehenden Nackenbeschwerden zu berücksichtigen; es liege eine Abweichung vom Normalfall vor. Die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung bereits im Normalfall eher erklärbar; bei Berücksichtigung der erwähnten Abweichungen würden sie besser erklärbar (UV-act. 30). Bei der in Frage stehenden Auffahrkollision ist - auch angesichts der Sachschäden am Fahrzeug, in welchem die Beschwerdeführerin sass (UV-act. 20) - praxisgemäss von einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236). Hieran vermag nichts zu ändern, dass die Beschwerdeführerin, welche ebenfalls ein mittelschweres Ereignis unterstellt, die Delta-V-Berechnung bestreiten lässt (act. G 1 S. 4), zumal diese Berechnung lediglich ein Indiz darstellt und für sich allein keine Beweiskraft hat. Der aus dem Unfall resultierende Totalschaden (UV-act. 20) ergab sich ausschliesslich aus der Tatsache, dass der voraussichtliche Reparaturaufwand den mit Fr. 3'500.-- geschätzten Fahrzeug-Restwert überstieg. Aus der Qualifizierung als Totalschaden lässt sich für die Unfallschwere nichts ableiten. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist - ausgehend von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen - zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise vorliegt oder



die zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (BGE 117 V 359 Erw. 6b). Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls kann konkret nicht gesprochen werden. Sodann vermag die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas die Schwere oder besondere Art der Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Solche Umstände sind hier nicht gegeben. Von der Beschwerdeführerin wurde lediglich ein Anprall des Kopfes an der (weichen) Kopfstütze angegeben (UV-act. 4). Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.2 mit Hinweisen).

5.2 Was das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3) betrifft, ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten nach dem Unfall in ärztlicher/physiotherapeutischer Behandlung stand, ohne dass damit eine länger andauernde Besserung eingetreten wäre. Die Physiotherapie brach sie im Februar 2006 ab (UV-act. 39). Während zwei Monaten ging sie in die Nazarov-Therapie (UV-act. 42, 46, 50, 53). Vom 10. Juli bis 10. August 2006 erfolgte ein Aufenthalt in der Klinik Valens (UV-act. 82, 84). Im Weiteren wurde eine MTT-Behandlung (UV-act. 110, 118), die Therapie nach Bogduk (UV-act. 121, 123) und eine psychotherapeutische Behandlung (UV-act. 116) durchgeführt. In Anbetracht der Aktenlage lässt sich eine fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung nicht ohne weiteres in Abrede stellen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2008 i/S S. [8C_331/2007], Erw. 4.2.3). Die durchgeführten Behandlungen bewegten sich jedoch in einem nach HWS-Distorsionen üblichen Umfang, bei welchem die bundesgerichtliche Rechtsprechung das Kriterium in der Regel verneint (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008 i/S D. [8C_500/2007] Erw. 5.4, vom 8. August 2008 i/S H. [8C_144/2008] Erw. 7.3, vom 22. August 2008 i/S E. [8C_266/2008] Erw. 4.2.4, und vom 30. Oktober 2009 i/S G. [8C_488/2009] Erw. 5.2.2). Zu beachten ist dabei auch der krankheitsbedingte Vorzustand an der HWS. Das Vorliegen des erwähnten



Kriteriums könnte somit - wenn überhaupt - höchstens in nicht sehr ausgeprägtem Umfang - bejaht werden.

5.3 Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin schilderte gegenüber dem Suva-Kreisarzt Schmerzen im Nacken, praktisch tägliche Kopfschmerzen und Schwindel. Sobald sie arbeite, schwellte der linke Arm an. Auch der gesamte Rücken sei schmerzhaft. Sie spüre jeden einzelnen Knochen (UV-act. 143 S. 4). Dazu ist festzuhalten, dass nach Lage der Akten im Rücken und im linken Arm (vgl. UV-act. 36 und vorstehende Erw. 3.3) Unfallfolgen nicht zur Diskussion standen bzw. als nicht nachgewiesen gelten können. Sodann bestanden unfallfremde Schmerzen im linken Ellbogen (UV-act. 50, 51). Zu berücksichtigen ist auch hier, dass HWS-Beschwerden bereits vor dem streitigen Unfall ärztliche Behandlungen erforderlich machten (UV-act. 5f, 10). Sodann ist die überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der nach wie vor bestehenden Schwindelbeschwerden wie dargelegt nicht belegt (vorstehende Erw. 3.2). Bei dieser Aktenlage kann das Kriterium von dauerhaften und erheblichen (unfallbedingten) Beschwerden höchstens mit geringer Ausprägung angenommen werden. Sodann lassen sich ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen nicht schon dann bejahen, wenn eine Vielzahl von verschiedenen Therapien zu keinem Heilungserfolg führt. Diese Kriterien können nicht als erfüllt gelten. Auch kann von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, nicht gesprochen werden.

5.4 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist gemäss BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS und ähnlichen Verletzungen ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Konkret muss ihr Wille



erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7). - Seit dem 16. Dezember 2005 arbeitete die Beschwerdeführerin wieder zu 50 % und seit dem 2. Januar 2006 zu 75 % (UV-act. 28f). Im Bericht vom 23. Januar 2006 schilderte Frau Dr. B.____ den Eindruck, dass die Beschwerdeführerin schon vor dem Unfallereignis die Doppelbelastung als Hausfrau/Mutter und einer 100%igen Berufstätigkeit nur knapp habe bewältigen können. Sie erachtete einen (auch durch unfallfremde Faktoren bedingten) vorübergehend noch 50%igen Einsatz als sinnvoll (UV-act. 36). Seit 30. Januar 2006 setzte die Beschwerdeführerin die Arbeit wieder aus (UV-act. 37, 40). Nach einem weiteren Arbeitsversuch (UV-act. 41, 43) wurde sie ab 29. März 2006 wegen einer (unfallfremden) Sehnenscheidenentzündung voll arbeitsunfähig (UV-act. 47-49, 51). Aufgrund der Unfallfolgen bestand nach wie vor eine 75%ige Arbeitsfähigkeit (UV-act. 49, 53). Einen erneuten Arbeitsversuch im Juni 2006 brach die Beschwerdeführerin beschwerdebedingt ab (UV-act. 70f). Obschon die Klinik Valens im Nachgang zum stationären Aufenthalt eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit attestierte (UV-act. 84), nahm die Beschwerdeführerin die Arbeit nicht mehr auf, was schliesslich zur Kündigung auf Ende Oktober 2006 führte (UV-act. 80, 82, 87f). Rein aufgrund der Unfallfolgen wurde nach dem Klinikaufenthalt nach wie vor von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % ausgegangen (UV-act. 88). Von Dezember 2006 bis Ende Mai 2007 war die Beschwerdeführerin im Rahmen eines RAV-Einsatzprogramms zu 75 % tätig (UV-act. 106, 123). Vom 14. April bis 30. Juni 2008 arbeitete sie nach den Darlegungen in der Beschwerde (act. G 1 S. 11) bei der L.____ zu 100 %, wobei dieses Pensum für sie zu hoch gewesen sei. Rund einviertel Jahre nach dem hier zur Diskussion stehenden Einstellungszeitpunkt bescheinigte Dr. E.____, dass die körperlich bedingte Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zur Zeit 20 % betrage (act. G 9.1/8); hierbei unterschied er nicht zwischen unfallbedingten und unfallfremden Gegebenheiten. Angesichts dieser Arbeitsfähigkeits-Entwicklung sowie der geschilderten unfallfremden



gesundheitlichen Gegebenheiten und des krankheitsbedingten Vorzustandes an der HWS lässt sich - bei unstreitig gegebenen Wiedereingliederungs-Bemühungen der Beschwerdeführerin - eine erhebliche (rein unfallbedingte) Arbeitsunfähigkeit im Einstellungszeitpunkt (31. März 2008) nicht bejahen.

5.5 Unter diesen Umständen können - mit geringer Ausprägung - lediglich das Kriterium der fortgesetzt spezifischen belastenden Therapien und dasjenige der erheblichen Beschwerden als erfüllt gelten, womit dem streitigen Unfall keine adäquanzrechtlich massgebende Bedeutung für die über den 31. März 2008 hinaus andauernden Beschwerden zukommt. Selbst bei drei geringgradig erfüllten Kriterien wird die Adäquanz praxisgemäss vom Bundesgericht verneint (Urteil vom 31. Juli 2009 i/S X. [8C_172/2009]). Die Einstellung der Leistungen auf den 31. März 2008 erweist sich demgemäss als rechtmässig.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 12. Mai 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch den Staat zu entschädigen. Es rechtfertigt sich, die Entschädigung, ausgehend von der üblichen Entschädigung von Fr. 4'000.-- und unter Berücksichtigung einer Reduktion um einen Fünftel (Art. 31 Abs. 3 AnwG [sGS 963.70]), auf Fr. 3'200.-- festzulegen (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.



3. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin mit Fr. 3'200.--.