



**Fall-Nr.:** UV 2009/76  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.04.2020  
**Entscheiddatum:** 09.12.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 09.12.2010**

**Art. 6 UVG: Unfallkausalität von Beschwerden im Nachgang zu einem Beschleunigungstrauma der HWS. Prüfung der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Dezember 2010, UV 2009/76).**

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

Entscheid vom 9. Dezember 2010

in Sachen

B.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Nadeshna Ley, Blumenbergplatz 1,  
9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a B. \_\_\_ war bei der A. \_\_\_ in einem unbefristeten Teilzeitarbeitsverhältnis (50 %) tätig und dadurch bei der Suva unfallversichert, als am 14. Februar 2007 ein Auto auf das von ihr gelenkte Fahrzeug auffuhr. Im Unfallzeitpunkt arbeitete die Versicherte zusätzlich zu je 10 % bei der Schulverwaltung B. \_\_\_ und der C. \_\_\_ (UV-act. 1, 4, 8, 12). Dr. med. D. \_\_\_ diagnostizierte am 1. Mai 2007 ein protrahiert verlaufendes posttraumatisches Zervikalsyndrom mit Beschwerden vor allem rechts. Bis zum 11. März 2007 war die Versicherte zu 100 %, bis zum 17. April 2007 zu 75 % und bis 30. Mai 2007 zu 50 % arbeitsunfähig. Ab 31. Mai 2007 bestand (mit einem Pensum von 70 %) wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (UV-act. 7, 18, 22, 24 S. 2). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht.

A.b Nach Durchführung von Behandlungen und Abklärungen, und nachdem sich ab 14. Juli 2008 wieder eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit ergeben hatte (UV-act. 83), eröffnete die Suva der Rechtsvertreterin der Versicherten, Rechtsanwältin lic. iur. N. Ley, St. Gallen, mit Verfügung vom 25. September 2008 die Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 30. September 2008. Zur Begründung legte sie dar, die noch bestehenden Beschwerden seien nicht mehr unfallkausal, sondern krankhafter Natur. Die Unfall-Adäquanz sei zu verneinen (UV-act. 91). Die gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache (UV-act. 114) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 5. Juni 2009 ab. Eine vom Krankenversicherer vorsorglich erhobene Einsprache wurde wieder zurückgezogen (UV-act. 98, 104).

B.

B.a Gegen den Einspracheentscheid vom 5. Juni 2009 liess die Versicherte durch Rechtsanwältin Ley Guidon am 9. Juli 2009 Beschwerde erheben mit den Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid und die Verfügung vom 25. September 2008 seien aufzuheben. Die Angelegenheit sei zur weiteren Prüfung der Leistungsansprüche an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin sei gleichzeitig zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die



gesetzlichen Versicherungsleistungen, namentlich Taggeld und Heilungskosten, zu entrichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Festsetzung von Invalidenrente, Integritätsentschädigung und Vergütung der Heilkosten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es seien die Akten sowohl der Vorinstanz als auch der IV beizuziehen. Zur Begründung führte die Rechtsvertreterin unter anderem aus, der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin sei zu früh erfolgt, weil sowohl im Zeitpunkt der Verfügung als auch des Einspracheentscheids noch mit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustands zu rechnen gewesen sei. Der angefochtene Entscheid basiere in medizinischer Hinsicht auf einer unvollständigen Aktenlage. Vor Erlass des angefochtenen Entscheids vorliegende Untersuchungsergebnisse sowie die Ergebnisse der psychotherapeutischen und osteopathischen Behandlung seien unberücksichtigt geblieben. In der Abklärungsphase habe eine interdisziplinäre Begutachtung zu erfolgen. Sodann könne kein Fallabschluss erfolgen, solange Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung nicht abgeschlossen seien. Die IV-Stelle habe über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids bereits positiv entschieden. Im Übrigen sei der Prozess der Leistungssteigerung, soweit erkennbar, noch nicht abgeschlossen, so dass eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands, gemessen an der Steigerung des Arbeitspensums, weiterhin zu erwarten sei. Wenn die Adäquanz dennoch geprüft werde, sei diese zu bejahen. Mindestens vier der massgeblichen Kriterien (Schwere oder besondere Art der Verletzung; fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; erhebliche Beschwerden; erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen) seien erfüllt, teils sogar in ausgeprägtem Mass.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 11. November 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids. Zur Begründung verwies sie auf die Darlegungen im angefochtenen Entscheid und führte unter anderem aus, an der Tatsache, dass bei der Beschwerdeführerin keine objektivierbaren Unfallfolgen ausgewiesen seien, vermöchten auch die vor Gericht neu aufgelegten medizinischen Berichte nichts zu ändern. Aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht seien von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb zu Recht auf solche verzichtet worden sei. Die Beschwerdeführerin sei eingehend abgeklärt worden. Weitere Abklärungen



betreffend der natürlichen Kausalität seien auch dann nicht erforderlich, wenn der (adäquate) Kausalzusammenhang zwischen den psychischen bzw. organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und dem Unfallereignis ohnehin verneint werden müsse. Die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens erübrige sich. Am 30. September 2008 sei prognostisch keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten gewesen. Allein die Hoffnung auf eine positive Beeinflussung der Beschwerden genüge dafür nicht. Der Fallabschluss sei zu Recht auf das erwähnte Datum vorgenommen worden. Selbst wenn die Qualifikation als leichter Unfall nicht gerechtfertigt wäre, wäre die Adäquanz (bei Annahme eines mittelschweren Unfalls im Grenzbereich zu den leichten Unfällen) zu verneinen. Es seien zwei Adäquanzkriterien erfüllt, beide jedoch nicht in ausgeprägter Weise.

B.c Mit Replik vom 22. Februar 2010 passte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ihre Rechtsbegehren in dem Sinn an, dass sie die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung und Prüfung der Leistungsansprüche (einschliesslich Taggeld und Heilungskosten), eventuell zur Verfahrenssistierung, beantragte. Im Übrigen bestätigte sie die Darlegungen in der Beschwerdeschrift (act. G 13 S. 7). In der Duplik vom 29. April 2010 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Standpunkt fest.

Erwägungen:

1.

Streitig ist, ob die Heilkosten- und Taggeldleistungen, welche von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis vom 14. Februar 2007 ausgerichtet wurden, auf den 30. September 2008 eingestellt werden durften oder nicht. Die Beschwerdegegnerin legte in diesem Zusammenhang die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden im angefochtenen Entscheid (Erw. 1, 4, 5a, 6a) zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

2.



2.1 Eine Röntgenabklärung in der Klinik Stephanshorn vom 22. Februar 2007 zeigte bei der Beschwerdeführerin einen konturell und strukturell intakten Dens sowie eine normale Darstellung des Atlanto-Axial-Gelenks, ohne Nachweis einer ossären Läsion oder relevanter degenerativer Veränderungen (UV-act. 41/3). Eine Untersuchung durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, ergab gemäss Bericht vom 23. Oktober 2007 ein persistierendes cervico-cephales und cervico-brachiales Schmerzsyndrom mit Lage- und belastungsabhängigen Parästhesien im linken Arm entsprechend dem Dermatome C6/C7. Differentialdiagnostisch komme entweder eine radikuläre Störung C6/C7 links in Frage oder aber eine Reizung des Armplexus im Sinn eines Thoracic-outlet-Syndroms. Das MRI der HWS zeige keine relevante Kompression einer Nervenwurzel. Für eine abschliessende Beurteilung benötige er (der Arzt) jedoch noch die entsprechenden Bilder. Die Patientin habe trotz persistierender Beschwerden ihr Arbeitspensum wieder voll aufgenommen und plane, ab November als Sachbearbeiterin das Pensum auf 70 % zu erhöhen. Seines Erachtens sei die Patientin im Alltag chronisch überlastet. Dadurch könnten die Beschwerden nicht bessern. Er habe ihr deshalb geraten, die Abwärtsstelle nach Möglichkeit aufzugeben. Die Physiotherapie müsse weitergeführt werden (UV-act. 29). Nach Durchsicht der Röntgenbilder hielt Dr. E.\_\_\_\_ am 23. November 2007 ergänzend fest, insgesamt fänden sich bildgebend keine Hinweise für eine Affektion der Nervenwurzel C6/C7, so dass die Sensibilitätsstörungen wohl eher im Rahmen eines Thoracic-outlet-Syndroms zu interpretieren seien (UV-act. 35). Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 8. Januar 2008, die Beschwerdeführerin habe die Tätigkeit im Büro wieder voll aufnehmen können. In der körperlich sehr anstrengenden Teilanstellung als Hauswartin sei sie zu 100 % arbeitsunfähig (UV-act. 38). Dr. med. F.\_\_\_\_ stellte anlässlich einer therapeutischen Infiltration die Diagnose einer Zervikobrachialgie bei degenerativen Veränderungen C5/C6 (UV-act. 50). Der Suva-Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, kam im Bericht vom 29. Mai 2008 zum Schluss, somatische Folgen des Unfalls vom 14. Februar 2007 seien klinisch nicht mehr fassbar. Das Ereignis habe gemäss den bisherigen Dokumentationen zu einer Verschlimmerung des erheblich degenerativen Vorzustandes der HWS geführt. Worin die Therapieresistenz begründet liege, sei nicht klar (UV-act. 54). Am 29. Mai 2008 berichtete Dr. D.\_\_\_\_, trotz regelmässiger physikalischer Therapie und multimodaler Behandlung bei Dr. H.\_\_\_\_ beständen nach wie vor chronische belastungs- und haltungsabhängige Beschwerden vor allem im



Nacken im Sinn eines cervikocephalen und cervikobrachialen Schmerzsyndroms, intermittierende Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Armes entsprechend C6/C7 und Verspannung der Schulter-Nackermuskulatur (UV-act. 56).

2.2 Ein MRI der HWS vom 25. Juni 2008 ergab gemäss Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH für medizinische Radiologie, unter anderem Zeichen der Dehydratation der Bandscheiben C2/3-C4/5 ohne Höhenminderung, eine im Vergleich zur Voruntersuchung vom 7. August 2007 unverändert bis diskret progrediente dorsale (und angedeutet auch ventrale) leichtgradige Spondylose C5/6, eine dehydrierte und höhengeminderte Bandscheibe C5/6 mit Diskusprotrusion/-Herniation, eine leichtgradige foraminelle Einengung C5/6 mit Verdacht auf Irritation der Nervenwurzel C6, eine dehydrierte, jedoch kaum höhengeminderte Bandscheibe C6/7 sowie im Bereich C7/B1 und distal davon unauffällige Verhältnisse (UV-act. 72). Suva-Kreisärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, kam in der Beurteilung vom 6. August 2008 zum Schluss, im MRI vom 25. Juni 2008 finde sich wie bereits im vorhergehenden eine massiv degenerierte, mehrsegmentale Veränderung der HWS. Die minimalen sichtbaren Progredienzen könnten nicht als unfallbedingt bzw. als richtunggebende Verschlechterung eines Vorzustandes gewertet werden. Das Ausmass der minimalen Veränderungen entspreche dem natürlichen Alterungsverlauf. Somit lägen weder somatisch-klinisch noch radiologisch Unfallfolgen vor, und der Status quo sine sei bereits zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung am 29. Mai 2008 erreicht worden (UV-act. 81). Anlässlich einer Besprechung vom 12. September 2008 führte die Beschwerdeführerin unter anderem aus, vom Hausarzt habe sie schmerzstillende Spritzen bekommen. Zweimal pro Woche besuche sie die Physiotherapie. Sie habe permanent Kopfschmerzen, welche vom Nacken über den Kopf ausstrahlten und von unterschiedlicher Intensität seien. Im Mittel- und Zeigefinger habe sie ein Kälte-, Kribbel- und teilweise sogar Taubheitsgefühl, welches vom Nacken über die Schulter und den Arm bis hinunter in die linke Hand ausstrahle. Die Beweglichkeit des Kopfes sei eingeschränkt. Bereits leichteste Vibrationen würden Schmerzen auslösen oder verstärken. Unter den Schmerzen leide auch ihre Konzentration am Arbeitsplatz. Da sie bei der Arbeit ein Headset trage, könne sie aufstehen und sich etwas lockern. Die Nachtruhe sei schmerzbedingt gestört. Wegen eventuell nicht richtiger Unfallverarbeitung suche sie nun eine Psychiaterin (Dr. med. K.\_\_\_\_) auf. Für die Tätigkeit bei der A.\_\_\_\_ (70 %-Pensum) sei sie momentan zu 50 %



arbeitsfähig. Die beiden anderen 10 %-Anstellungen könne sie aufgrund ihrer Beschwerden noch nicht ausführen (UV-act. 87).

2.3 Der Rheumatologe Dr. med. L.\_\_\_\_ diagnostizierte am 20. November 2008 ein chronisches cervico-cephales und cervico-thoraco-brachiales Syndrom links bei Status nach Auffahrunfall vom 14. Februar 2007 sowie ein leichtes Asthma bronchiale anamnestisch. Die Frage, ob die jetzigen Beschwerden posttraumatisch oder krankheitsbedingt seien, sei nicht schlüssig beurteilbar. Da die Beschwerdeführerin vor dem Unfall keine Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen gehabt habe, sei mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass es sich immer noch um vorwiegend unfallbedingte Probleme handle. Dafür würden insbesondere auch die cervico-cephalen Symptome sprechen, die bei nicht allzu starken degenerativen Veränderungen ohne Unfall selten auftreten würden. Die Arbeitsfähigkeit als Büroangestellte sei vorerst auf 40 % zu belassen. Wenn durch die Behandlung eine nochmalige Besserung erzielt werden könne, sei eine Steigerung möglich (act. G 1.1/5).

3.

3.1 Im Bericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 18. November 2008 wurden der Beschwerdeführerin leichte kognitive Funktionsstörungen mit Schwerpunkt in der Aufmerksamkeit bescheinigt. Eine neuropsychologische Therapie sei nicht nötig. Empfehlenswert sei das Führen eines Schmerztagesbuches. Dazu könne eine antidepressive Medikation unterstützend wirken. Für ein verhaltenstherapeutisch-kognitives Training sei die Beschwerdeführerin bereits in psychotherapeutischer Behandlung. In der Regel stehe bei chronifizierten Verläufen nach HWS-Distorsionstrauma therapeutisch die Anpassung an die verminderte psychophysische Belastbarkeit im Vordergrund (act. G 1.1/6).

Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzig verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 Erw. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffusem Befund kann der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein



Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 Erw. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 Erw. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit mit erklären (S. 475). - Nachdem anlässlich der neuropsychologischen Abklärung wie erwähnt insbesondere auch eine psychotherapeutische Behandlung als sinnvoll bezeichnet, gleichzeitig jedoch eine neuropsychologische Therapie als nicht notwendig erachtet wurde, ist davon auszugehen, dass kognitive Funktionen bei der Beschwerdeführerin durch psychiatrische Aspekte mit beeinflusst wurden. Damit können (eigenständige) neuropsychologische Unfall-Restfolgen nicht überwiegend wahrscheinlich angenommen werden. Nachdem ein Kopfanprall an harten Strukturen (Kopfstützen stellen keine solchen dar) wie dargelegt auszuschliessen ist, sind auch neuropsychologische Störungen, welche auf einem (hirn-)organischen Schaden beruhen, überwiegend wahrscheinlich zu verneinen (vgl. dazu Ruben Echemendia, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 78, S. 82ff). Neuropsychologische Einschränkungen können hingegen Teil des typischen Beschwerdebildes nach HWS-Verletzung bilden (vgl. dazu nachstehend Erw. 3.3).

3.2 Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber organisch-strukturelle Ergebnisse zu Tag. Bei letzteren handelt es sich um Ergebnisse, die reproduzierbar sind 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-strukturell 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). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind beispielsweise ein Thoracic-outlet-Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw.



myotendinotische Befunde für sich allein nicht als organisch-strukturell 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).

Weder aus den durchgeführten Röntgen- und MRI-Abklärungen der HWS (vgl. UV-act. 29, 35, 41/3, 72) noch aus dem Upright MRI der HWS vom 30. März 2009, welches unter anderem moderate Diskusdegenerationen und eine Hernierung C5/C6 bzw. Diskusprotrusion C6/C7 ergab (act. G 1.1/8), lässt sich überwiegend wahrscheinlich auf das Vorhandensein von unfallbedingten Strukturläsionen schliessen. Solche Aufnahmen können zwar einen bestehenden Gesundheitsschaden als solchen durchaus zuverlässig aufzeigen, sofern die Bildqualität stimmt. Nach der Rechtsprechung gelten jedoch fMRT-Untersuchungen (funktionale Aufnahmen) nicht als geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach HWS-Traumen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2008 i/S K. [8C\_152/2007 = BGE 134 V 231] Erw. 5; vgl. auch BGE 134 V 109 Erw. 7.2 S. 119). Die im erwähnten Upright-MRI angeführten Strukturveränderungen belegen zwar eine Schädigung, nicht jedoch den kausalen Zusammenhang zwischen der Schädigung und dem zwei Jahre früher aufgetretenen Unfallereignis. Dies ergibt sich implizit auch aus der Feststellung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 9. April 2009, wonach nicht ganz klar sei, ob die im Upright-MRI angeführte Diagnose Krankheitswert habe und ob es sich hier um Unfallfolgen handle (act. G 1.1/9). Der Beweis einer Unfallkausalität von strukturellen Schäden wäre allenfalls unter der Voraussetzung des Vorliegens von fMRT-Aufnahmen unmittelbar vor und nach dem Unfall - und daraus resultierender Vergleichbarkeit der Bilder - näher zu diskutieren. Diese Bedingung ist jedoch hier nicht gegeben. Was im Weiteren die Sensibilitätsstörungen und Parästhesien im linken Arm betrifft, schloss der Neurologe Dr. E.\_\_\_\_ eine Affektion der Nervenwurzel C6/C7 als Ursache aus und interpretierte die Störungen im Rahmen eines Thoracic-outlet-Syndroms (UV-act. 35). Dessen Unfallursache ist weder behauptet noch aus den Akten ersichtlich.



3.3 Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS diagnostiziert und liegt - wie dies konkret der Fall ist - kein fassbarer organisch-struktureller (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 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 Erw. 5e). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. z.B. Urteil des EVG [Eidgenössisches Versicherungsgericht; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 4. November 2005 i/S K. [U 312/05]) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können.

Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach cranio-cervicalem Beschleunigungstrauma, ausgefüllt am 21. Februar 2007, gab die Beschwerdeführerin an, sie habe anlässlich des Unfalls vom 14. Februar 2007 keinen Kopfanprall erlitten. Nach einer Stunde seien Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen und nach zwei Stunden Kopfschmerzen aufgetreten. Nach drei bis vier Tagen habe sich ein Kribbeln im linken Arm ergeben. Eine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücke sei nicht eingetreten (GCS-Score 15). Vor dem Unfall ("früher") hätten behandlungsbedürftige Kopf- bzw. Migränebeschwerden vorgelegen. Äussere Verletzungen hätte sie keine erlitten (UV-act. 3). Diese Angaben stimmen im Wesentlichen mit denjenigen im Erhebungsblatt über die Abklärung von HWS-Fällen überein, wobei als äussere Verletzung eine Prellmarke an der rechten Hüfte vermerkt wurde (UV-act. 24.1). Bei dieser Aktenlage lässt sich ein typisches Beschwerdebild nach schleudertraumaähnlicher Verletzung nicht in Abrede stellen. Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch während eineinhalb Jahren ihre Leistungspflicht.



3.4 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 (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] ).

3.5 Gestützt auf die dargelegten medizinischen Akten kann die Frage, ob es sich bei den auch nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt (30. September 2008) bestehenden Gesundheitsstörungen um eine natürliche (Teil-)Folge des versicherten Unfalls handelt, nicht abschliessend beantwortet werden. Diese Frage kann jedoch auch offenbleiben, da - wie nachstehend zu zeigen sein wird - die Adäquanz zu verneinen ist. Auch bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung steht der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001, 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999, 407 Erw. 3b). Aufgrund der medizinischen Akten ist ein Sachverhalt im erwähnten Sinn nicht ausgewiesen. Damit hat die Beurteilung der Adäquanz nach der Schleudertrauma-Rechtsprechung (BGE 134 V 109) zu erfolgen, womit zwischen psychisch und physisch bedingten Beschwerden nicht zu unterscheiden ist (RKUV 1999, 407 Erw. 3b).

4.



4.1 Wie bereits in der Einsprache (UV-act. 114 S. 8) lässt die Beschwerdeführerin auch in diesem Verfahren einwenden, dass die Adäquanzprüfung per 30. September 2008 zu früh erfolgt sei (act. G 1). Sie traf am 1. Juni 2009 mit der IV-Stelle eine Zielvereinbarung betreffend Anpassungen des Arbeitsplatzes im Rahmen von Massnahmen der Frühintervention und Arbeitsvermittlung bzw. Arbeitsplatzerhaltung (act. G 1.1/12). Mit Verfügung vom 26. Juni 2009 gewährte die IV-Stelle der Beschwerdeführerin Arbeitsvermittlung und am 2. Juli 2009 Frühinterventionsmassnahmen in Form von Anpassungen am Arbeitsplatz (UV-act. 138, 139).

Nach der Rechtsprechung wird die Prüfung der Adäquanz des Kausalzusammenhangs grundsätzlich auch dann als zulässig erachtet, wenn allfällige berufliche Massnahmen noch nicht abgeschlossen sind; entscheidend ist einzig, dass nach dem 30. September 2008 von einer Fortsetzung der medizinischen Behandlung (im Sinn von Art. 10 Abs. 1 UVG) keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der Versicherten mehr erwartet werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2010 i/S A. [8C\_895/2009] mit Hinweis auf Urteile 8C\_129/2009 vom 15. September 2009, Erw. 4.2, und 8C\_304/2008 vom 1. April 2009, Erw. 3). Art. 19 Abs. 1 UVG, welcher vom Bundesgericht für die Klärung der Frage des Fallabschlusses als sinngemäss anwendbar erklärt wurde (BGE 134 V 109 Erw. 4), legt die zeitlichen und sachlichen Voraussetzungen für die Prüfung des Rentenanspruchs fest und hat daher einen ganz anderen sachlichen Hintergrund als er bei der hier in Frage stehenden Adäquanzprüfung vorliegt. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass der Rentenanspruch die - hier erst noch zu prüfende - Adäquanz bereits voraussetzt. Diese Bestimmung kann somit für die Prüfung des Zeitpunkts des Fallabschlusses nicht unbesehen und undifferenziert herangezogen werden. Der Umstand, dass sich, wie dies vorliegend der Fall ist, der Abschluss von beruflichen und anderen Massnahmen der IV - aus welchen Gründen auch immer - verzögert, kann nicht dazu führen, dass im UV-Verfahren der Fallabschluss zeitlich beliebig verschoben und somit die Adäquanz nicht geprüft werden kann. Dies würde dazu führen, dass die Unfallversicherer unter Umständen Leistungen ohne Vorliegen bzw. Nachweis eines adäquaten Unfallkausalzusammenhangs während langer Zeit auszurichten hätten.



Wird der Entscheid der IV über die (berufliche) Eingliederung erst später gefällt, kann dies Anlass für eine das Taggeld ablösende Übergangsrente nach Art. 19 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 30 UVV bilden. Die Übergangsrente ist (vorläufiges) Surrogat der allenfalls folgenden (definitiven) Invalidenrente nach Art. 18ff. UVG. Beim Entscheid über die Übergangsrente ist der Unfallversicherer, nicht anders als beim Entscheid über die definitive Invalidenrente, im Licht von BGE 134 V 109 gehalten, auch die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009 i/S A. [8C\_306/2009] Erw. 4.3). Keinen Unterschied kann dabei die Tatsache machen, dass IV-Massnahmen bereits beschlossen und nicht lediglich geplant waren. Konkret lag jedoch im Zeitpunkt der streitigen Leistungseinstellung am 30. September 2008 noch kein IV-Entscheid vor; IV-Massnahmen standen erst Anfang 2009 zur Diskussion (act. G 1.1/10). Der Einwand der Beschwerdeführerin, dass das Adäquanzkriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (vgl. dazu nachstehend Erw. 5.4) bei nicht abgeschlossenen Eingliederungsmassnahmen (hier: Arbeitsvermittlung) gar nicht geprüft werden könne (act. G 13 S. 4), trifft nicht zu: Die Frage der Arbeitsfähigkeit ist medizinischer Art und weist von da her keinen Zusammenhang zum Eingliederungsergebnis bzw. dem Ergebnis der Arbeitsvermittlung auf. Zudem stellt bereits die Beantragung von IV-Eingliederungsmassnahmen einen Umstand dar, welcher bei der Adäquanzprüfung als Anstrengung im erwähnten Sinn zu berücksichtigen ist. Bei diesem Sachverhalt lässt es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Zeitpunkt der Adäquanzprüfung ausschliesslich von der Frage abhängig machte, ob durch weitere Behandlung von einer namhaften Verbesserung der gesundheitlichen Situation auszugehen sei.

4.2 Am 19. Februar 2008 bestätigte Dr. D.\_\_\_\_ einen weiterhin sehr protrahierten Verlauf trotz regelmässiger physikalischer Therapie und Behandlung bei Dr. med. H.\_\_\_\_ (UV-act. 41/1). Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 29. Mai 2008 fest, gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin sei trotz laufender intensiver Physiotherapie ein Stillstand eingetreten (UV-act. 54). Dr. D.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 23. Juni 2008 hinsichtlich des Therapieerfolgs aus, es hätten sich wiederholte Rückfälle der Beschwerden ergeben. Von der Fortsetzung der Therapie erwarte er Schmerzfreiheit und Mobilitätsverbesserung (UV-act. 75). Der Rheumatologe Dr. L.\_\_\_\_ bejahte am 20. November 2008 das Vorliegen von unfallbedingten Gesundheitsproblemen und hielt



fest, nachdem bis zur aktuellen Untersuchung Physiotherapien durchgeführt wurden, erscheine es sinnvoll, die Osteopathie zu versuchen und das Gymnastik-Heimprogramm auszubauen (act. G 1.1/5). Von Seiten der Klinik für Neurologie wurde im Zusammenhang mit einer neuropsychologischen Untersuchung am 18. November 2008 ein verhaltenstherapeutisch-kognitives Training im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung (bei Dr. K.\_\_\_\_) als sinnvoll erachtet (act. G 1.1/6 S. 4). Im Rahmen der Besprechung vom 12. September 2008 hatte die Beschwerdeführerin unter anderem mitgeteilt, dass sie wegen einer allenfalls nicht richtigen Unfallverarbeitung die Psychotherapeutin Dr. K.\_\_\_\_ aufsuche. Die Behandlung fand in der Folge soweit ersichtlich auch statt. Die Osteopathie besuchte die Beschwerdeführerin nach ihren Angaben seit Ende 2008 (act. G 1 S. 6). Sodann wurde die Physiotherapie auch nach dem streitigen Einstellungszeitpunkt nach wie vor durchgeführt (UV-act. 100). Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass für die Annahme einer namhaften Besserung durch weitere Behandlung allein die Hoffnung auf eine positive Beeinflussung der Beschwerden nicht genügt (act. G 7 S. 7). Konkret äusserten sich zwar die behandelnden Ärzte zur Frage, ob aufgrund der weiteren Behandlung nach dem 30. September 2008 (prognostisch) eine namhafte Besserung in Aussicht stehe, nicht, zumal ihnen diese Frage auch nicht vorgelegt wurde. Der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte jedoch am 6. März 2009 - gut fünf Monate nach dem streitigen Einstellungsdatum -, dass sich die Beschwerden in den letzten Monaten eher verstärkt hätten. Mitsämtlichen Bemühungen habe bis jetzt kein wirklicher Erfolg erzielt werden können. Auch die länger durchgeführte intensive physikalische Therapie habe nicht zu einer anhaltenden Besserung beitragen können. Die Beschwerdeführerin sei auf die regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln angewiesen (act. G 1.1/17).

Aufgrund dieser Umstände kann die Notwendigkeit und Möglichkeit einer eigentlichen Behandlung von Schleudertraumafolgen mit Aussicht auf eine namhafte Zustandsverbesserung über den 30. September 2008 hinaus nicht angenommen werden, auch wenn sich dies erst im Nachhinein aufgrund der erwähnten hausärztlichen Bestätigung zeigte. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer bedingt 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.). Auch die Beschwerdeführerin



selbst räumte ein, dass die osteopathische Behandlung keinerlei Erfolge gebracht habe und daher durch eine andere Therapieform ersetzt werde (act. G 1 S. 13). Die Prüfung der Adäquanz per 30. September 2008 erweist sich damit - wenn auch erst nachträglich - als rechtmässig. Eine weitere Abklärung der - unter den geschilderten Voraussetzungen rein hypothetischen - Frage, ob rückblickend im Einstellungszeitpunkt prognostisch eine namhafte Zustandsverbesserung durch weitere Behandlung noch in Aussicht gestanden hätte, macht unter den dargelegten Gegebenheiten keinen Sinn. Auch bedarf es für die Klärung von medizinischen Fragen im Zusammenhang mit der Adäquanzprüfung nicht eines polydisziplinären Gutachtens, wenn Berichte von Ärzten verschiedener Fachrichtungen vorliegen, die eine schlüssige Gesamtbeurteilung zulassen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2008 [8C\_527/2008] Erw. 3.2.2). Diese Voraussetzung ist auch konkret als gegeben zu erachten.

5.

5.1 Für die Prüfung der adäquaten Unfallkausalität ist zunächst festzuhalten, dass der in Frage stehende Unfall vom 14. Februar 2007 aufgrund des Geschehensablaufs - ein anderes Fahrzeug fuhr auf das von der Beschwerdeführerin gelenkte Auto auf - und der Verletzungen (UV-act. 7) als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzustufen ist (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236). Gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung vom 10. März 2008 dürfte die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung infolge der Heckkollision unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereichs von 10-15 km/h gelegen haben. Biomechanisch relevante Besonderheiten seien nicht aktenkundig, weder bezüglich der Kollision noch der individuellen Gegebenheiten, zumal die degenerativen Veränderungen (zwei leichte Bandscheibenprotrusionen) nicht als wesentlich erachtet würden. Es liege somit keine Abweichung vom Normalfall vor. Die anschliessend an das Ereignis bei der Beschwerdeführerin festgestellten, von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall "eher nicht erklärbar" (UV-act. 46). Die Beschwerdeführerin lässt zwar die Verlässlichkeit der biomechanischen Beurteilung mit dem Hinweis in Frage stellen, dass in der Beurteilung die Rotation des Kopfs nach rechts im Unfallzeitpunkt nicht berücksichtigt worden sei (act. G 1 S. 12). Wie nachstehend zu zeigen sein wird, würde sich jedoch am Ergebnis auch unter



Annahme von durch die Kollisionseinwirkung "eher erklärbaren" Beschwerden nichts ändern. Die Veranlassung einer erneuten biomechanischen Beurteilung (act. G 1 S. 12) kann daher unterbleiben. Ein Kopfanprall anlässlich des Unfalls lag wie dargelegt nicht vor. Eine besondere Eindrücklichkeit oder dramatische Begleitumstände sind unbestrittenermassen nicht belegt.

5.2 Bei einem Beschleunigungstrauma handelt es sich grundsätzlich nicht um eine Gesundheitsschädigung, die durch ihre Schwere oder besondere Art charakterisiert wäre (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2007 i/S N. [8C\_101/2007] Erw. 5.2 und 5.3, und vom 21. Dezember 2007 i/S M. [U 558/06], Erw. 4.2.2, sowie Urteil des EVG vom 9. August 2004 i/S J. [U 116/04]). Das Bundesgericht präzierte in Erw. 10.2.2 von BGE 134 V 109, dass es zur Bejahung dieses Kriteriums einer besonderen Schwere der für die gegebene Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können, bedürfe. Das Beschleunigungstrauma traf konkret - ausgehend von den Beurteilungen der Kreisärzte Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ (UV-act. 54 S. 3 und UV-act. 81 mit Hinweis auf UV-act. 72) - auf eine vorgeschädigte Wirbelsäule in Form einer massiv degenerierten, mehrsegmentalen Veränderung der HWS. Wenn abweichend davon im biomechanischen Bericht vom 10. März 2008 die degenerativen Veränderungen (zwei leichte Bandscheibenprotrusionen) nicht als wesentlich erachtet wurden (UV-act. 46), so ist dies möglicherweise darin begründet, dass damals das Ergebnis der späteren MRI-Abklärung vom 25. Juni 2008 (UV-act. 72) noch nicht vorlag. Einigkeit besteht jedoch hinsichtlich der Tatsache des Bestehens von (krankheitsbedingten) Degenerationen an der HWS, ohne dass deren Ausmass abschliessend beurteilt werden könnte. Nun hatten sich allerdings diese Degenerationen im HWS-Bereich nach Angaben der Beschwerdeführerin vor dem Unfall weder in Form von Beschwerden noch leistungsmindernd ausgewirkt. Laut Sachverhalt, welcher dem Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008 (8C\_785/2007, Erw. 4.4) zugrunde lag, bezog die dortige Beschwerdeführerin im Unfallzeitpunkt auf Grund ihres vorbestehenden Rückenleidens eine 60 % Rente der Invalidenversicherung, weshalb das erwähnte Kriterium - in nicht besonders ausgeprägtem Masse - als erfüllt angesehen wurde. Auch im Urteil des EVG vom 26. April 2006 i/S S. (U 39/04, Erw. 3.4.2) wurde das Kriterium bejaht, nachdem eine erhebliche Vorschädigung der HWS zur Zusprechung einer Rente von 25 % geführt hatte. Vorliegend kann - bei Fehlen von Auswirkungen



der HWS-Degenerationen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vor dem Unfall - grundsätzlich nicht von einer Verletzung besonderer Art ausgegangen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2008 [8C\_542/2008] Erw. 5.3). Das Kriterium könnte höchstens in geringem Umfang als erfüllt angesehen werden, wenn zusätzlich der im Unfallzeitpunkt nach rechts rotierte Kopf (UV-act. 3) als besondere Körperhaltung (Abweichung vom "Normalfall") qualifiziert würde. Nicht ausgewiesen sind in diesem Zusammenhang sodann erhebliche Verletzungen, welche sich die Beschwerdeführerin neben der HWS-Distorsion zuzog.

5.3 Im Weiteren ist entscheidungswesentlich (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 10.2.3), ob nach dem Unfall eine fortgesetzt spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war. Die Beschwerdeführerin steht seit dem Unfall in Behandlung. Sie unterzog sich verschiedenen Therapieverfahren und stand seit Sommer 2008 auch in psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Zusammenstellung in act. G 1 S. 13f). Damit lässt sich für die Zeit nach dem Unfall bis zum Fallabschluss am 30. September 2008 eine fortgesetzt spezifische, die Beschwerdeführerin belastende ärztliche Behandlung in Anbetracht der bisherigen Rechtsprechung (Urteile des Bundesgerichts vom 8. August 2008 i/S H. [8C\_144/2008] Erw. 7.3 und vom 2. Dezember 2008 [8C\_209/2008] Erw. 5.4) jedoch nicht bejahen, zumal keine langdauernden stationären Behandlungen erfolgten. Zudem stellen die durchgeführten Untersuchungen und Abklärungen (act. G 1 S. 13f) keine Behandlungsmassnahmen dar. Adäquanzrelevant können im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss 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). Das erwähnte Kriterium ist im Fall der Beschwerdeführerin unbestritten zu bejahen, dies jedoch nicht in ausgeprägtem Umfang, da sie trotzdem gewisse Tätigkeiten im Haus erledigen und in einem Teilzeitpensum arbeiten konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2008 i/S S. [8C\_209/2008] Erw. 5.5). Für eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung und einen schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen fehlt es an Anhaltspunkten in den Akten.



5.4 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit 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 punkto Adäquanzbeurteilung gleich zu behandelnden 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. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal 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 Mass arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.7 mit Hinweisen). Nachdem die Beschwerdeführerin seit 31. Mai 2007 von ihrem Hausarzt während mehr als einem Jahr voll arbeitsfähig geschrieben war, bescheinigte Dr. D. \_\_\_ ab 14. Juli 2008 lediglich noch eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit. Dies begründete er mit dem Auftreten von deutlich vermehrten Schmerzen, Muskelverspannungen und Blockierungen (UV-act. 78, 83; vgl. auch UV-act. 29, 38). Anstrengungen der Beschwerdeführerin, rasch wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen, sind damit im Nachgang zum Unfall bis zum streitigen Einstellungszeitpunkt ohne weiteres ausgewiesen. Hingegen erscheint die (unfallbedingte) Erheblichkeit der Arbeitsunfähigkeit durch die relativ lange Periode mit praktisch uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit nach dem Unfall in Frage gestellt. In diesem Zusammenhang lässt sich nicht ausschliessen, dass für den erneuten Eintritt einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit (50 %) auch die von Dr. E. \_\_\_ im Bericht vom 23. Oktober 2007 (UV-act. 29) angesprochene, und von der Beschwerdeführerin auch in diesem Verfahren implizit bestätigte (act. G 1 S. 14) chronische Überlastung (erwerbstätige alleinerziehende Mutter dreier Kinder) eine Rolle spielte. Das Kriterium ist daher - wenn überhaupt - höchstens in geringem Umfang zu bejahen. Zusammenfassend sind somit höchstens drei der in BGE 134 V 109 angeführten



Adäquanzkriterien in geringem Umfang gegeben. Die Adäquanz der nach wie vor geklagten Beschwerden mit dem versicherten Unfall ist somit in Anwendung der einschlägigen höchstrichterlichen Rechtsprechung zu verneinen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010 i/S S. [8C\_897/2009] Erw. 4.5 und vom 31. Juli 2009 i/S V. [8C\_172/2009] Erw. 5.3.5 sowie vom 11. September 2008 [8C\_388/2007] Erw. 3.5 und vom 17. September 2008 [8C\_9/2008] Erw. 6.1.5). Die Leistungseinstellung auf den 30. September 2008 lässt sich daher nicht beanstanden.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

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