

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00311 vom 29. April 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00311

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00311 du 29 avril 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00311 del 29 aprile 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als

bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.3. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

1.4. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.5. Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.6. Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 134 V

116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.7 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemäße Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58).

Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.8 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung

des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

1.9 Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; ferner BGE

E. 2

2.1 Die Allianz begründete die Leistungseinstellung im Wesentlichen damit, dass offen bleiben könne, ob die Auffahrkollision vom 24. Oktober 2003 überhaupt ursächlich für die über den 30. Juni 2006 hinaus anhaltenden Beschwerden sei (vgl. Urk. 2 S. 8), da es jedenfalls an einem - angesichts der im Vordergrund stehenden, als selbständige sekundäre Gesundheitsstörung zu qualifizierenden psychischen Symptomatik nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zu präferierenden (vgl. Urk. 2 S. 9 f.) - adäquaten Kausalzusammenhang fehle (vgl. Urk. 2 S. 10 ff., Urk. 9 S. 7).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, sie leide vordergründig unter - für das erlittene Schleudertrauma typischen - somatischen Beschwerden, deretwegen sich im Laufe der Zeit auch eine depressive Entwicklung eingestellt habe (vgl. Urk. 1 S. 6). Da der unfallbedingte Heilungsprozess erst allmählich zu einem Abschluss gelange, habe die Allianz die Adäquanz verfrüht geprüft und überdies zu Unrecht verneint (vgl. Urk. 1 S. 6 f.).

E. 3

3.1 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Die von der Beschwerdeführerin wegen zunehmender Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) am Tag nach dem Unfall vom 24. Oktober 2003 konsultierten Ärzte des Spitals T., Chirurgische Klinik, diagnostizierten, nachdem die radiologische Untersuchung keinen Hinweis für ossäre Läsionen ergeben hatte, eine HWS-Distorsion. Es beständen Schmerzen über dem Dornfortsatz C5/C6 und ein panvertebraler Muskelschmerz ohne Triggerpunkte. Neurologische Ausfälle hätten keine festgestellt werden können, und die Beweglichkeit der HWS sei in allen Richtungen schmerzfrei. Es seien analgetische Massnahmen verordnet worden. Bis zum Behandlungsabschluss am 28. Oktober 2003 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden (vgl. Bericht vom 15. Dezember 2003 [Urk. 10/12], "Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma" vom 31. Dezember 2003 [Urk. 10/13]).

3.2 Dr. med. Y., Facharzt FMH für Neurologie, zu dem sich die Beschwerdeführerin am 3. November 2003 in Behandlung begeben hatte, stellte am 14. Dezember 2003 die Diagnose eines Status nach Beschleunigungstrauma der HWS. Die Untersuchung habe eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS sowie eine verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur ergeben. Nachdem vom 24. Oktober bis 16. November 2003 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, habe die Patientin die Arbeit am 17. November 2003 wieder zu 80 % und am 24. November 2003 wieder zu 100 % aufgenommen. In therapeutischer Hinsicht seien Schonung sowie Analgetika verordnet worden (vgl. Urk. 10/11).

Am 26. Januar 2004 hielt Dr. Y. fest, trotz nur wenig regredienter Beschwerden bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Die Dauer der Behandlung, die derzeit in der - bedarfsabhängigen - Einnahme von Analgetika bestehe, sei noch offen (vgl. Urk. 10/22).

3.3 Dr. Z., Chiropraktor SCG/EUC, gab am 16. Februar 2004 an, die Beschwerdeführerin habe nach dreimaliger chiropraktischer Behandlung entschieden,

sich neurologisch abklären zu lassen. Vom 29. Oktober bis 9. November 2003 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden (vgl. Urk. 10/24).

3.4 Dr. Y. berichtete am 27. Februar 2004 über einen stationären Verlauf mit anhaltenden Nacken- und Kopfschmerzen sowie eine seit 1. Februar 2004 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die gegenwärtige Behandlung bestehe in einer Schonung und der Einnahme von Analgetika. Die Konsultationen fiänden in drei- bis vierwöchentlichen Abständen statt (vgl. Urk. 10/27).

3.5 In seinem Bericht vom 31. März 2004 (Urk. 10/32) diagnostizierte Dr. Y. ein posttraumatisches zervikozephalies Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 24. Oktober 2003 (vgl. Urk. 10/32 S. 1). Es bestehe ein typisches zervikozephalies Schmerzbild nach Beschleunigungstrauma der HWS mit einer Einschränkung der HWS-Beweglichkeit und einer verdickten und druckdolenten Nacken- und Schultermuskulatur. Neurologische Ausfälle seien keine vorhanden. Unter Physiotherapie habe lediglich ein geringer Beschwerdefortschritt erzielt werden können; die Untersuchung vom 29. März 2004 habe Befunde ergeben, die nahezu identisch seien mit den am 3. November 2003 erhobenen (vgl. Urk. 10/32 S. 2).

Nachdem vom 24. Oktober bis 16. November 2003 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, habe die Patientin ab dem 17. November 2003 zu 80 % und ab dem 24. November 2003 zu 100 % versucht zu arbeiten. Da sich dabei eine deutliche Verschlechterung der Beschwerden eingestellt habe, bestehe seit dem 1. Februar und voraussichtlich noch bis 30. April 2004 wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es seien weiterhin wöchentlich drei Sitzungen Physiotherapie mit Entspannungsübungen, beispielsweise in Form von Fussreflexzonenmassagen, erforderlich (vgl. Urk. 10/32 S. 2).

3.6 Der nach dem per April 2004 erfolgten Umzug nach Spanien (vgl. Urk. 10/29, Urk. 10/30) konsultierte Orthopädische Chirurg A. diagnostizierte eine Zerrung der Halswirbelsäule mit Kontraktur der paravertebralen Muskulatur und attestierte der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Berichte vom 30. April 2004 [Urk. 10/36], vom 1. Juni 2004 [Urk. 10/38], vom 1. Juli 2004 [Urk. 10/41]).

3.7 Gemäss der deutschen Übersetzung des Berichts betreffend das im Zusammenhang mit einer [differentialdiagnostisch] festgestellten Bandscheibenhernie C5/C6 am 12. Juli 2004 in Spanien durchgeführte MRI (Urk. 10/42) ergab die fragliche Untersuchung eine Steilstellung der physiologischen Lordose mit Inversionstendenz sowie eine fokale posterozentrale Bandscheibenprotrusion im Bereich C5/C6, wodurch sich die vordere Wirbelsäule mit Gehirn-Rückenmarksräumlichkeit fülle. Hinweise für eine Rückenmarkskompression oder eine radikuläre Schädigung hätten sich keine ergeben.

3.8 Am 2. August 2004 hielt der Orthopädische Chirurg A. fest, die Patientin leide unter einer Bandscheibenprotrusion C5/C6 mit Steilstellung der physiologischen Zervikallordose und dürfe daher keine anstrengenden Tätigkeiten ausüben (vgl. Urk. 10/44).

3.9 In einem weiteren, nicht datierten Bericht gab der Orthopädische Chirurg A. an, die Beschwerdeführerin habe sich bei einem Autounfall ein Schleudertrauma zugezogen. Die MRI-Untersuchung habe eine Diskushernie C6/C7 [richtig: C5/C6] ergeben. Ab dem 23. September 2004 werde [ambulant (vgl. Urk. 10/50)] eine

Rehabilitationsbehandlung durchgeführt, bis zu deren Abschluss eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe (vgl. Urk. 10/45).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 21. Oktober 2004 (Urk. 10/53) hielt der Orthopädische Chirurg A. ___ fest, die Patientin stehe wegen eines Schleudertraumas der HWS in Therapie und müsse sich noch während eines weiteren Monats der Rehabilitationsbehandlung unterziehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 29. November 2004 diagnostizierte der genannte Arzt ein Schleudertrauma der HWS sowie eine Protrusion der Bandscheiben C5/C6 und berichtete über eine therapeutisch (Rehabilitation und - bedarfsabhängig - entzündungshemmende Medikation) erzielte Verbesserung des Gesundheitszustandes. Die Konsultationen finden in monatlichen Abständen statt; bis zum Behandlungsabschluss werde es voraussichtlich noch ein Jahr dauern (vgl. Urk. 10/51).

3.10 Ä Ä In seiner gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme vom 24. Februar 2005 (Urk. 10/69) hielt Dr. med. B. ___, Beratender Arzt des Haftpflichtversicherers des Unfallverursachers fest, die durch die Auffahrkollision verursachten Beschwerden hätten bis zur Wiederaufnahme der Arbeit am 24. November 2003 eine Arbeitsunfähigkeit gezeitigt. Die - als die Beschwerdeführerin plötzlich über massiv verstärkte Beschwerden geklagt habe - ab dem 1. Februar 2004 abermals bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit sei nicht mit dem Unfall, sondern mit einem gravierenden Vorfall am Arbeitsplatz, der zur Entlassung unter sofortiger Freistellung geführt habe, zu erklären, wobei die damals behandelnden Ärzte wohl keine Kenntnis von den genannten Hintergründe gehabt hätten. Die später in Spanien festgestellte Diskusprotrusion C5/6 sei degenerativer Natur. Die ab dem 1. Februar 2004 bescheinigte Arbeitsunfähigkeit stehe in keinem Zusammenhang mehr mit dem Unfall vom 24. Oktober 2003 (vgl. Urk. 10/69 S. 1).

3.11 Ä Ä Am 1. April 2005 gab der Orthopädische Chirurg A. ___ an, die Patientin müsse weiterhin Medikamente einnehmen und sich einer Rehabilitationsbehandlung unterziehen (vgl. Urk. 10/96 S. 3 = Urk. 10/125).

3.12 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem sie die Beschwerdeführerin am 10. und 11. März 2005 neurologisch und am 26. April 2005 psychiatrisch untersucht hatten, stellten die Ärzte Begutachtungsinstituts S. ___ in ihrer Expertise vom 18. Juli 2005 (Urk. 10/108) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 10/108 S. 8):

- Status nach Heckauffahrunfall vom 24. Oktober 2003 mit konsekutiv:
- leichtem zervikozepalem Syndrom
- diskreten neuropsychologischen Defiziten (am ehesten schmerz- und depressionsbedingt)
- mittelschwerer depressiver Stimmung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daneben weise die Explorandin einen Status nach Unterarmfraktur und nach Appendektomie auf. Der Unfall vom 24. Oktober 2003 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ursächlich für die persistierenden Gesundheitsstörungen (vgl. Urk. 10/108 S. 8). Als Chef de Service sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig. Unfallbedingte Einschränkungen beständen auch betreffend Tätigkeiten, die mit langdauernder gleicher Körperhaltung einhergingen oder das Heben und Tragen schwerer Gewichte erforderten (vgl. Urk. 10/108 S. 10). Im Haushaltbereich

bestehe aus psychischen Gründen eine 20- bis 30%ige Einschränkung (vgl. Urk. 10/108 S. 13).

Als therapeutische Massnahmen seien einerseits für mindestens sechs Monate eine schmerzdistanzierende Analgetika-Behandlung mit einem trizyklischen Antidepressivum, das gleichzeitig auch zur Therapie der depressiven Stimmung dienen könne (vgl. Urk. 10/108 S. 11), und, wenn diese Massnahme nach zwei bis drei Wochen greife, andererseits eine muskelaufbauende Physiotherapie durchzuführen (vgl. Urk. 10/108 S. 12). Die Prognose sei eher günstig; nach sechs- bis neunmonatiger Behandlungsdauer könne der Fall wohl abgeschlossen werden (vgl. Urk. 10/108 S. 12).

In seinem am 4. Juli 2005 verfassten psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 10/103) hielt Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die körperliche stehe gegenüber der depressiven Symptomatik, aus der eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit resultiere (vgl. Urk. 10/103 S. 17), im Vordergrund (vgl. Urk. 10/103 S. 16).

3.13 Nach Kenntnisnahme der Expertise des Begutachtungsinstituts S.____ vom 18. Juli 2005 (Urk. 10/108) hielt Dr. med. D.____, Beratender Arzt des Haftpflichtversicherers des Unfallverursachers, in seiner Stellungnahme vom 24. August 2005 (Urk. 10/122) fest, das fragliche Gutachten sei weder schlüssig noch nachvollziehbar. Falls überhaupt eine Depression vorliege, so sei diese vor dem Hintergrund der Mobbing-Situation an der früheren Arbeitsstelle und weiterer ungünstiger psychosozialer Faktoren zu sehen und stehe in keinem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zur Auffahrkollision (vgl. Urk. 10/122 S. 1). Während die geringfügigen unfallbedingten physischen Befunde - entgegen der Expertise - kaum eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und jedenfalls keine Beeinträchtigung im Haushaltbereich zu rechtfertigen vermöchten, lasse das fragliche Gutachten (Urk. 10/108) die Auswirkungen der zervikalen Diskushernie gänzlich ausser Acht (vgl. Urk. 10/122 S. 2).

3.14 Nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 26. Juli bis 23. August 2005 einer stationären Behandlung in der Klinik V.____ unterzogen hatte, stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 2. September 2005 (Urk. 10/126) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 10/126 S. 1):

- Chronifiziertes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei:
- HWS-Distorsionstrauma vom 24. Oktober 2003
- zervikogenen Zephalgien
- Myogelosen der Schultergürtel-/Nackmuskulatur
- vegetativer Begleitsymptomatik und minimalen neuropsychologischen Defiziten
- bei degenerativen HWS-Veränderungen

Insgesamt habe nur eine geringfügige Verbesserung der Beschwerdesymptomatik erzielt werden können (vgl. Urk. 10/126 S. 2). Bei Austritt habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit (ohne Servicebereich) bestanden. Der Beschwerdeführerin sei empfohlen worden, das erlernte physiotherapeutische Heimprogramm weiterzuführen. Zudem seien weitere - eine medizinische Trainingstherapie (MTT) und wöchentliche zwei Massagen einschliessende - ambulante physiotherapeutische Behandlungsmassnahmen indiziert. Angezeigt erschienen

sodann der Bezug eines Case Managements zur Evaluation weiterer Arbeitsmöglichkeiten sowie die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie. Schliesslich sei der Patientin nahe gelegt worden, auf den chronischen Konsum von Analgetika zu verzichten, könnten diese doch chronische Kopfschmerzen unterhalten (vgl. Urk. 10/126 S. 3).

3.15 Auf entsprechende Anfrage der Allianz vom 11. Januar 2005 hin berichtete der Orthopädische Chirurg A. ___ am 21. Oktober 2005 über eine erzielte klinische Besserung. Die Konsultationen hätten in monatlichen Abständen stattgefunden. Es sei mit einem weiteren Beschwerdefackgang zu rechnen (vgl. Urk. 10/52).

3.16 Der begutachtende Psychiater des Begutachtungsinstituts S. ___, Dr. C. ___, bei dem sich die Beschwerdeführerin in der Folge in ambulante psychiatrische Behandlung begeben hatte, stellte am 22. November 2005 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Stimmung (ICD-10 F33.1) bei anhaltendem zervikozephalem Schmerzsyndrom nach Schleudertrauma. Die wesentlich stattfindenden Konsultationen wirkten sich mutmasslich stabilisierend aus. Der Behandlungsplan umfasse eine Informationsvermittlung, Hilfe bei der Beziehungsgestaltung sowie die generelle Unterstützung der Patientin. Die anhaltende Teilarbeitsunfähigkeit sei bedingt durch die persistierenden Schmerzen und die fluktuierende depressive Symptomatik. Als Massnahme zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit falle eine moralische Unterstützung in Form eines kulantem Verhaltens [seitens des Unfallversicherers] in finanzieller Hinsicht sowie der Einsetzung eines Case Managements, das administrative Hilfe gewähre, in Betracht (vgl. Urk. 10/134 S. 1). Eine Prognose könne derzeit nicht gestellt werden (vgl. Urk. 10/134 S. 2).

3.17 Am 7. Februar 2006 äusserte sich Dr. C. ___ - auf entsprechende Anfrage der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hin - zur Beurteilung Dr. D. ___s vom 24. August 2005 (Urk. 10/122). Dabei hielt er im Wesentlichen an der gutachterlichen Einschätzung fest, und gab an, dass die Diskushernie in der interdisziplinären Expertise vom 18. Juli 2005 (Urk. 10/108) deshalb keine Erwähnung gefunden habe, weil sie mit unfallfremden Ursache zu erklären sei (vgl. Anhang 4 zu Urk. 10/156).

3.18 In seinem Schreiben vom 4. Juli 2006 an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (Anhang 5 zu Urk. 10/156) hielt Dr. C. ___ fest, die Allianz habe bei der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen der Auffahrkollision und der persistierenden Symptomatik die Kriterien der körperlichen Dauerschmerzen, der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung sowie des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu Unrecht verneint. Was das unfallbezogene Merkmal der ärztlichen Fehlbehandlung anbelange, sei die Patientin überdies - angesichts der zugezogenen Verletzung - nicht adäquat behandelt worden (vgl. S. 1 Anhang 5 zu Urk. 10/156). Die somatischen Beschwerden im Zusammenhang mit dem Schleudertrauma hätten während des gesamten Heilungsverlaufs im Vordergrund gestanden. Das im Anschluss an den Unfall entwickelte, für eine derartige Verletzung typische Beschwerdebild sei keineswegs mit psychosozialen beziehungsweise unfallfremden Faktoren zu erklären (vgl. S. 2 Anhang 5 zu Urk. 10/156).

3.19 Nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 31. Juli bis 10. November sowie am 11. Dezember 2006 in der ambulanten neurologischen Rehabilitation des Therapiezentrums U. ___ hatte teilstationär (vgl. Urk. 3/4 S. 4) behandeln lassen,

stellten die Ärzte in ihrem Bericht vom 30. April 2007 (Anhang zu Urk. 10/174 = Urk. 3/4) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 3/4 S. 1 f.):

- Erhebliche segmentale Muskelfunktionsstörungen occipitozervikal
 - AC-Gelenksreizung links
 - Hochgradige vegetative Labilität
 - Chronisches Schmerzsyndrom und Abhängigkeit von opioidhaltigen Medikationen
- Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu Beginn der Behandlung hatten folgende Funktionsstörungen bestanden (vgl. Urk. 3/4 S. 3):

- Muskelfunktionsstörung im Bereich der Halswirbelsäule
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Eingeschränkte Fähigkeit zum beidarmigen Arbeiten

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zudem seien nachstehende Partizipationsstörungen vorhanden gewesen (vgl. Urk. 3/4 S. 3):

- Bislang aufgehobene berufliche Belastbarkeit
- Bislang fehlende alltagstaugliche Rücken- und Nackenbelastbarkeit
- Beginnendes soziales Rückzugsverhalten

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der teilstationären Rehabilitation seien die zahlreichen Schmerzmedikamente, welche die Beschwerdeführerin konsumiert habe, abgesetzt worden. Parallel zu diesem Entzug, den die Patientin - mit Unterstützung einiger dämpfender Neuroleptika - gut überstanden habe, seien eine psychologische Schmerztherapie sowie ein Training zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit durchgeführt worden (vgl. Urk. 3/4 S. 4). Im Laufe der Behandlung habe die Beschwerdeführerin immense Fortschritte gemacht und ihr Leistungsvermögen erheblich steigern können (vgl. Urk. 3/4 S. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In beruflicher Hinsicht habe sie sich neu orientiert und sich intensiv auf die Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem Call-Center vorbereitet. Gegen Ende der Rehabilitation sei sie in der Lage gewesen, nebst den Behandlungen - allerdings mit kurzen Pausen und nicht völlig beschwerdefrei - klinikintern während täglich bis zu acht Stunden Arbeiten mit berufsspezifischer Belastung zu verrichten. Schliesslich hätten im Nackenbereich normalisierte Befunde erhoben werden können. Allerdings habe die Beschwerdeführerin in der Folge an ihrer externen Arbeitsstelle nicht während der - mässigem erreichten und bereits vereinbarten - acht Stunden gearbeitet, sondern lediglich ein Tagespensum von sechs Stunden erfüllt (vgl. Urk. 3/4 S. 5). Dieses befindlichkeitsgesteuerte Verhalten sei zwar verständlich, aber kontraproduktiv, da sich die angestrebte Leistungssteigerung auf eine - pausen- und beschwerdefreie - Arbeitszeit von acht Stunden auf diese Weise nicht erreichen lasse. Hinzuweisen sei in diesem Zusammenhang darauf, dass die Untersuchung Mitte Dezember 2006 keinen deutlich schlechteren Befund ergeben habe. Nach entsprechender Instruktion und inständiger Ermahnung habe sich die Beschwerdeführerin, der ein detailliertes Heimprogramm mitgegeben worden sei, schliesslich bereit gezeigt, einen achtstündigen Arbeitsrhythmus aufzunehmen. Wegen unverschuldeter Probleme am Arbeitsplatz und einer Infektion habe

sich die Rehabilitationsphase in der Folge allerdings verzögert (vgl. Urk. 3/4 S. 5 f.).

Nachdem der Patientin Mitte Dezember 2006 noch die Weiterführung der erlernten krankengymnastischen und ergotherapeutischen Techniken, die Ausübung einer Arbeitstätigkeit dreimal wöchentlich mit einem Tagespensum von acht Stunden sowie die Absolvierung eines Fitnessstrainings viermal pro Woche nahegelegt worden seien (vgl. Urk. 3/4 S. 6), sei anlässlich des letzten Klinikaufenthalts am 14./15. März 2007 die Steigerung der Arbeitsbelastung - unter eigenständiger Durchführung regelmässiger Trainingsmassnahmen - auf ein volles Pensum (fünfmal acht Stunden) per 19. März 2007 beschlossen worden. Die Beschwerdeführerin habe angesichts dieser Umstände dringend um die Weitergewährung der Haushaltshilfe für einige Wochen gebeten. Man habe sich dahingehend einigen können, dass die Haushaltshilfe der Patientin bis Ostern noch vollzeitig und dann bis Ende April noch halbschichtig belassen werde (vgl. Urk. 3/4 S. 7).

E. 4.1

4.1.1 Fest steht aufgrund der zitierten medizinischen Akten, dass die Beschwerdeführerin infolge des Auffahrunfalls vom 24. Oktober 2003 unter Beschwerden im Nackenbereich litt, weshalb ihr bis am 16. November 2003 eine vollständige und zwischen dem 17. und dem 23. November 2003 noch eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. Urk. 10/11, Urk. 10/12, Urk. 10/13). Nachdem die erstbehandelnden Ärzte des Spitals T. eine HWS-Distorsion diagnostiziert hatten (vgl. Bericht vom 15. Dezember 2003, Urk. 10/12) und der in der Folge ab dem 3. November 2003 konsultierte Neurologe Dr. Y. von einem Status nach Beschleunigungstrauma der HWS ausgegangen war (vgl. Urk. 10/11), ergaben die später durchgeführten Untersuchungen eine - degenerativ bedingte - Diskushernie C5/C6 (vgl. Urk. 10/42). Angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin am Tag nach dem Unfall ausschliesslich über Nackenbeschwerden klagte und dabei gerade im Bereich über dem Dornfortsatz C5/C6 ausstrahlende Schmerzen verspürte (vgl. Urk. 10/13, Urk. 10/12) und auch Dr. Y. in der Folge bis zur Wiederaufnahme der Arbeit am 17. November 2003 lediglich über Beschwerden im Bereich von Nacken und Schultern berichtete (vgl. Urk. 10/11), erscheint - mangels Vorliegens des für eine HWS-Distorsion charakteristischen Beschwerdebildes (mit einer Häufung der für die fragliche Läsion typischen Beschwerden; vgl. dazu Erw.1.2) in der Zeit zwischen dem Unfallereignis und der ab 1. Februar 2004 erneut attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit - fraglich, ob die durch den Unfall ausgelöste Symptomatik tatsächlich im Zusammenhang mit einer derartigen Verletzung steht, oder ob sie nicht vielmehr als durch die Kollision ausgelöster Beschwerdeschub im Rahmen der degenerativ bedingten, damals noch nicht bekannten und offenbar bis dahin asymptomatischen (vgl. Urk. 10/16 S. 3) Diskushernie C5/C6 zu interpretieren ist (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 3. September 2007, U 380/06 Erw. 4.3). Anzumerken ist, dass die später aufgetretenen neuropsychologischen Beeinträchtigungen von den Experten des Begutachtungsinstituts S. nicht etwa als Symptome einer Schleudertrauma-Verletzung interpretiert, sondern als depressionsbeziehungsweise schmerzbedingt betrachtet wurden (vgl. Urk. 10/108 S. 8). Dass die Beschwerdeführerin - wie später angegeben - wenige Stunden nach dem Unfall unter Schwindel gelitten hätte (vgl. etwa Austrittsbericht Klinik V. vom 2. September 2005, Urk. 10/126 S. 2), steht im Widerspruch zu sämtlichen echtzeitlichen Arztberichten, insbesondere zu den Angaben der Ärzte des Spitals T., die Schwindelbeschwerden am

Physiotherapie (Fussreflexzonenmassage, vgl. Urk. 10/29, Urk. 10/32 S. 2) begonnen, zog sie am 1. April 2004 nach Spanien um, wo ihr zwar sofort wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. Urk. 10/36, Urk. 10/38, Urk. 10/41), mit der Durchführung einer Therapie aber noch bis zum 23. September 2004, mithin fast ein halbes Jahr, zugewartet wurde (vgl. Urk. 10/45), wobei aufgrund der aktenkundigen Arztberichte weder klar ist, worin die in der Folge rund elf Monate nach der Auffahrkollision begonnenen ambulanten Massnahmen ("Rehabilitation") bestanden noch in welchen konkreten gesundheitlichen Fortschritten sich deren - wiederholt berichteter, gemäss dem behandelnden Arzt aber keine Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit zeitigende (vgl. Urk. 10/51, Urk. 10/52) - Erfolg manifestierte. Hinzuweisen ist an dieser Stelle immerhin darauf, dass die vom Orthopädischen Chirurgen A.____ während der Dauer des Aufenthalts in Spanien (1. April 2004 [Urk. 10/29, Urk. 10/30] bis zirka Mittel Juli 2005 [vgl. Urk. 10/109, Urk. 10/127]) durchwegs bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit offenbar nicht ausschliesslich im Zusammenhang mit dem diagnostizierten Schleudertrauma, sondern auch mit den degenerativen Befunden an der Halswirbelsäule zu sehen ist, begründete der genannte Arzt in seinem am 2. August 2004 verfassten Bericht die Unzumutbarkeit anstrengender Tätigkeiten doch ausschliesslich mit den Veränderungen im Bereich C5/C6 (vgl. Urk. 10/44) und gab kurz darauf - unter Hinweis sowohl auf ein Schleudertrauma der HWS als auch auf die Diskushernie - an, die Beschwerdeführerin werde sich ab dem 23. September 2004 einer Behandlung unterziehen (vgl. undatierter Bericht, Urk. 10/45).

4.1.4   Sofern und soweit die Beschwerdeführerin über den 1. Februar 2004 hinaus noch unter sich somatisch manifestierenden Beschwerden litt, für die der Unfall vom 24. Oktober 2003 zumindest teilurs chlich war, sind diese angesichts der aufgezeigten Umstände und in Anbetracht der weiteren medizinischen Akten nicht oder zumindest nicht vordergründig im Zusammenhang mit einer allenfalls bei der Auffahrkollision zugezogenen HWS-Distorsion, der gemäss übereinstimmenden medizinischen Berichten jedenfalls kein objektivierbares organisches Substrat zugrunde lag, oder einer bildgebend nachweisbaren Verschlechterung des degenerativ bedingten Befundes im Bereich von C5/C6, sondern vielmehr mit einer psychischen Fehlentwicklung zu erklären.

               Nach Lage der Akten konnten sowohl unmittelbar nach der Auffahrkollision als auch in der Zeit danach - abgesehen von der unfallfremden (vgl. Urk. 10/69 S. 1, Urk. 10/122 S. 2, Urk. 10/126 S. 1, S. 2 Anhang 4 zu Urk. 10/156) Diskushernie C5/C6 - in somatischer Hinsicht nur wenig erhebliche Befunde erhoben werden. So ergab die physische Untersuchung im Rahmen der im März/April 2005 durchgeführten interdisziplinären Begutachtung lediglich ein leichtes zervikozepales Syndrom, während aus psychischer Sicht eine - eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zeitigende - mittelschwere depressive Störung diagnostiziert wurde. Nicht nur im Tätigkeits-, sondern auch im Haushaltbereich (Beeinträchtigung von 20 bis 30 %) wurde ausschliesslich aus psychischen Gründen eine Leistungseinschränkung bescheinigt (vgl. Urk. 10/108 S. 10, S. 13, Urk. 10/103 S. 17). Zwar hielten die Experten des Begutachtungsinstituts S.____ physikalische Massnahmen für indiziert, diese waren aber weniger wegen auf den Unfall an sich zurückzuführender somatischer Befunde erforderlich als wegen der seitherigen - verschiedentlich dokumentierten (vgl. Urk. 10/27, Urk. 10/44, Urk. 10/40 S. 1, Urk. 10/126 S. 2, S. 3, Urk. 3/4 S. 2) - körperlichen Inaktivität der Beschwerdeführerin, sollte die Behandlung doch in einer

muskelaufbauenden Physiotherapie bestehen (vgl. Urk. 10/108 S. 12). Dass der begutachtende Psychiater Dr. C.____, der später als behandelnder Psychiater der Beschwerdeführerin in Erscheinung trat, wiederholt festhielt, die somatischen Beschwerden ständen gegenüber der psychischen Symptomatik im Vordergrund (vgl. Urk. 10/103 S. 16, Urk. 10/134, Anhang 4 zu Urk. 10/156, Anhang 5 zur Urk. 10/156), vermag sowohl angesichts der vom genannten Arzt selbst mitverfassten Expertise des Begutachtungsinstituts S.____ vom 18. Juli 2005 (Urk. 10/108) beziehungsweise Dr. C.____s Teilgutachtens vom 4. Juli 2005 (Urk. 10/103) als auch der weiteren Akten nicht zu überzeugen. Auch ist nicht nachvollziehbar, dass die degenerativen Veränderungen im Bereich C5/C6 und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit keinen Eingang in die genannte Expertise (Urk. 10/108) fanden. Entgegen Dr. C.____ (vgl. Anhang 4 zu Urk. 10/156) lässt sich dies mit der unfallfremden Ursache des fraglichen Befundes nicht erklären, stellten die Gutachter doch mit einem Status einerseits nach Unterarmfraktur und andererseits nach Appendektomie (vgl. Urk. 10/108 S. 8) durchaus auch Diagnosen, für die die Auffahrkollision ohne Bedeutung war. Zudem gingen die Gutachter der Frage, weshalb es anfangs 2004 zur Kündigung und in der Folge aufgrund eines von der Beschwerdeführerin, wenn überhaupt angegeben, nie konkreter geschilderten Vorfalls zur sofortigen Freistellung kam, nicht auf den Grund (vgl. Urk. 10/103 S. 8) und stellten auch keine entsprechenden Erkundigungen beim Arbeitgeber an (vgl. Urk. 10/103 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar enthalten die Beurteilungen des anfangs behandelnden Dr. Y.____ vom 27. Februar 2004 (Urk. 10/27) und vom 31. März 2004 (Urk. 10/32) keine Hinweise auf eine psychische Symptomatik. Allerdings wusste der genannte Neurologe - wie bereits dargelegt - nicht um die bei der Beschwerdeführerin bestehenden ungünstigen psychosozialen Faktoren (Mobbing-Situation an der Arbeitsstelle; vgl. Urk. 10/122 S. 1, Urk. 10/103 S. 8), die per Ende Februar 2004 erfolgte Kündigung und die - nach einem nicht näher bekannten, offenbar in den Akten des Haftpflichtversicherers dokumentierten gravierenden Vorfall am Arbeitsplatz (vgl. Urk. 10/69, Urk. 10/103 S. 8) - erfolgte sofortige Freistellung Ende Januar 2004. Auch der in der Folge ab April 2004 über Monate hinweg in Spanien konsultierte orthopädische Chirurg A.____ erwähnte keine Gesundheitsstörungen psychischer Natur; allerdings sind dessen Berichte (Urk. 10/36, Urk. 10/38, Urk. 10/41, Urk. 10/42, Urk. 10/44, Urk. 10/45, Urk. 10/51, Urk. 10/52) - sowohl betreffend die den gestellten Diagnosen zugrunde liegenden Befunde als auch in Bezug auf die attestierte Arbeitsunfähigkeit und die verordnete Therapie - derart unergiebig, dass sich daraus keine wesentlichen Erkenntnisse betreffend den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ergeben. Anzumerken ist immerhin, dass auch dieser Arzt - bei attestierter 100%iger Arbeitsunfähigkeit - noch bis am 23. September 2004 (mithin bis zu einem Zeitpunkt, der rund elf Monate nach dem Unfall lag) - von der Initiierung therapeutischer Massnahmen betreffend die physische Symptomatik absah (vgl. Urk. 10/45), was auf das Fehlen erheblicher körperlicher Befunde schliessen lässt. Wenn die Ärzte der Klinik V.____ in ihrem Austrittsbericht vom 2. September 2005 (Urk. 10/126) auch keine eigentliche psychische Störung diagnostizierten, sondern lediglich auf eine vegetative Begleitsymptomatik und auf geringfügige neuropsychologische Defizite hinwiesen (vgl. Urk. 10/126 S. 1), so hielten sie immerhin - nebst einer medizinischen Trainingstherapie umfassenden Physiotherapie - eine ambulante Psychotherapie für indiziert (vgl. Urk. 10/126 S. 3), welche denn in der Folge - bei Dr. C.____ - auch durchgeführt wurde (vgl. Urk. 10/134). Der genannte Psychiater sah daraufhin in seinem am 22. November 2005 verfassten Bericht mögliche Vorkehrungen

im Hinblick auf eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht etwa in therapeutischen Massnahmen zur Verbesserung des physischen Gesundheitszustands, sondern vielmehr in der (längerfristigen) Gewährleistung finanzieller Sicherheit und der administrativen Unterstützung seitens des Unfallversicherers beziehungsweise eines von diesem eingesetzten Case Managements (vgl. Urk. 10/134 S. 1) und damit in einer - im Wesentlichen durch die Beeinflussung psychosozialer Faktoren zu bewirkenden - Entlastung der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht. Auf eine im Vordergrund stehende körperliche Symptomatik lässt schliesslich auch der Bericht des Therapiezentrums U. ___ vom 30. April 2007 (Urk. 3/4) nicht schliessen, geht doch daraus hervor, dass die stationäre Behandlung nebst einer muskulären Rekonditionierung und eines Schmerzmedikamenteneinsatzs im Wesentlichen therapeutische Massnahmen betreffend die psychischen Beschwerden beinhaltete, wobei die behandelnden Ärzte - wie bereits diejenigen der Klinik V. ___ (vgl. Urk. 10/126) - auch (zumindest implizite) auf ein gewisses selbstlimitierendes Verhalten der Beschwerdeführerin hinwiesen (vgl. Urk. 3/4 S. 5 ff.).

Angesichts dieser medizinischen Berichte und der Tatsache, dass, nachdem sich anfänglich schon bald eine - mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit verbundene - erhebliche Besserung eingestellt hatte, gerade bei Eintritt sehr ungewöhnlicher psychosozialer Faktoren (Mobbing, Kündigung, sofortige Freistellung) trotz unveränderter somatischer Befunde erneut eine - vollständige - Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, ist - auch wenn nicht sämtliche Ärzte eine psychiatrische Diagnose stellten (vgl. dazu Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom in Sachen T. vom 22. März 2006, U 285/05 Erw. 3.2.1, mit Hinweisen) - davon auszugehen, dass, sofern und soweit die Beschwerdeführerin im Jahr 2004 überhaupt noch unter im Zusammenhang mit dem Unfall vom 24. Oktober 2003 stehenden somatischen Beschwerden litt, die - wohl im Wesentlichen auf unfallfremden Ursachen beruhende - psychische Problematik, sofern sie keine selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung darstellte (vgl. Urk. 2 S. 9 f.), sondern (zumindest teilweise) im Rahmen des typischen Beschwerdebildes nach einem erlittenen Schleudertrauma zu interpretieren ist (vgl. Urk. 1 S. 6), jedenfalls spätestens ab Februar 2004 eindeutige Dominanz aufgewiesen hat, während die physischen Beschwerden nach der Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in vollem Pensum am 24. November 2003 (vgl. Urk. 10/11) nicht mehr von wesentlicher Bedeutung waren. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 24. Oktober 2003 und den noch über den 30. Juni 2006 (vgl. Urk. 2, Urk. 10/159) hinaus geklagten Gesundheitsstörungen ist demnach - auch sofern und soweit diese allenfalls teilweise mit einer (organisch nicht nachgewiesenen) unfallbedingten Verschlechterung der vorbestandenen Diskushernie zu erklären sind (vgl. dazu SVR 2008 UV Nr. 36 S. 138) - gestützt auf die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 (vgl. dazu Erw. 1.6) zu präferieren.

E. 4.2

4.2.1 Die für die Adäquanzprüfung massgebenden Kriterien lassen sich grundsätzlich nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses beurteilen. Da die somatischen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Auffahrkollision vom 24. Oktober 2003 schon nach kurzer Zeit weitgehend abgeklungen waren und im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. Juni 2006 (vgl. Urk. 2) jedenfalls keine organischen Unfallfolgen mehr zu behandeln waren, erfolgte der

Fallabschluss und die damit verbundene Beurteilung der Adäquanz - entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 6) - nicht verfrüht (vgl. Urteile des eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen T. vom 22. März 2006, U 285/05 Erw. 3.2.3, mit Hinweisen, und in Sachen S. vom 7. Juni 2006, U 414/05 Erw. 4.6). Dies gilt umso mehr, als die über den 30. Juni 2006 hinaus erfolgten Behandlungsmassnahmen jedenfalls zu einem weit überwiegenden Teil im Zusammenhang mit aufgrund unfallfremder Faktoren (Diskushernie, durch ungewöhnliche psychosoziale Gegebenheiten verursachte psychische Beeinträchtigungen) bestehenden Gesundheitsstörungen zu sehen sind (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 18. August 2008, 8C_332/2008 Erw. 3.2.2).

4.2.2.2 Die Auffahrkollision vom 24. Oktober 2003, bei der ein nachfolgendes Fahrzeug ins Heck des von der Beschwerdeführerin gelenkten stehenden Autos prallte (vgl. Urk. 10/3, Urk. 10/16), wodurch dieses eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung zwischen 5,8 und 9,0 km/h erfuhr (vgl. Urk. 10/108 S. 3), ist als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis zu qualifizieren (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts in Sachen R. vom 15. Mai 2008, 8C_470/2007 Erw. 5.2, mit Hinweisen).

Zwar liegen verschiedenen der im Rahmen der Adäquanzprüfung bei mittelschweren Unfällen zu berücksichtigenden unfallbezogenen Merkmalen medizinische Faktoren zugrunde. Ob die entsprechenden Kriterien erfüllt sind, ist jedoch eine Rechtsfrage, die - in Würdigung der medizinischen Akten und unter Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsprechung - von der Verwaltung beziehungsweise vom Richter und nicht vom Arzt (vgl. S. 1 Anhang 5 zu Urk. 10/156) zu beantworten ist (vgl. dazu BGE 115 V 133 Erw. 11b).

Besonders dramatische Begleitumstände lagen bei der Auffahrkollision keine vor, und der Vorfall war auch nicht von besonderer Eindringlichkeit. Ein (allenfalls) erlittenes HWS-Distorsionstrauma fällt bei der Adäquanzbeurteilung einer psychischen Fehlentwicklung im Rahmen des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der Verletzung ausser Betracht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008 Erw. 10.2, mit Hinweisen). Auch eine allfällige unfallbedingte Verschlimmerung der degenerativen Befunde im Bereich der Halswirbelsäule führte nicht zur Bejahung dieses Kriteriums, litt die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben (vgl. Urk. 10/16 S. 3, Urk. 10/108 S. 8) doch vor dem fraglichen Unfall unter keinen entsprechenden Beschwerden (vgl. dazu etwa Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen G. vom 6. März 2009, 8C_875/2008 Erw. 5.2.2).

Angesichts der Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 24. Oktober 2003 nebst der allenfalls erlittenen HWS-Distorsion beziehungsweise der möglichen Verschlimmerung der Diskushernie C5/C6 keine weiteren Verletzungen zugezogen hat, und mangels organischer Ursachen, welche die geklagten Beschwerden zu erklären vermöchten, sind die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen sowie des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ebenso zu verneinen wie das unfallbezogene Merkmal des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen. Dass die Beschwerdeführerin sich während langer Zeit keiner beziehungsweise keiner adäquaten Behandlung unterzog, ist einerseits aufgrund des

Fehlens erheblicher Befunde und andererseits mangels Hinweisen auf eine infolge ungenügender Therapiemassnahmen eingetretene Schädigung nicht als ärztliche Fehlbehandlung zu taxieren (vgl. S. 1 Anhang 5 zu Urk. 10/156; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 22. Dezember 2006, U 338/06 Erw. 3.4.5). Der Auffahrkollision vom 24. Oktober 2003 kommt demnach keine massgebende Bedeutung für die noch nach Ende Juni 2006 anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu.

4.2.3 Anzumerken bleibt, dass die Beschwerdeführerin aus der Tatsache, dass der Haftpflichtversicherer des Unfallverursachers noch über den 30. Juni 2006 hinaus Leistungen erbracht hat, betreffend das vorliegende Verfahren nichts zu ihren Gunsten ableiten kann (vgl. Urk. 1 S. 5, S. 7). So ist zwar der Begriff der adäquaten Kausalität in allen Rechtsgebieten identisch, die gesetzlichen Haftungsvoraussetzungen unterscheiden sich jedoch. Dies führt mit Rücksicht auf die Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebietes, zum Beispiel des Zivil- und des Strafrechts, notwendigerweise dazu, dass der Grundsatz der adäquaten Kausalität unterschiedlich angewendet wird, und hat namentlich auch zur Folge, dass im Recht der sozialen Unfallversicherung der Adäquanz als Wertungselement im Hinblick auf eine versicherungsmässig vernünftige und gerechte Abgrenzung haftungsbegründender und haftungsausschliessender Umstände andere Beurteilungskriterien und Massstäbe zugrunde gelegt werden als im Haftpflichtrecht (vgl. BGE 127 V 102 Erw. 5b/aa, mit Hinweisen).

4.3 Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die von der Beschwerdeführerin noch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 30. Juni 2006 hinaus geklagte Symptomatik, soweit sie überhaupt unfallbedingt ist, jedenfalls in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zur Auffahrkollision vom 24. Oktober 2003 steht. Der Einspracheentscheid der Allianz vom 2. Juli 2007 (Urk. 2) ist daher im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Dr. Dorrit Freund
 - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft
 - Bundesamt für Gesundheit
 - Concordia

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.