

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00384 vom 4. April 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-04-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00384](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00384)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00384 du 4 avril 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00384 del 4 aprile 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging davon aus, gemäss der anhand der Kriterien gemäss BGE 134 V 109 erfolgten Adäquanzprüfung bestehe zwischen dem Auffahrunfall im Oktober 2007 und den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Juli 2009) noch vorhandenen Beschwerden kein rechtsgenügender Kausalzusammenhang, womit ihre Leistungspflicht entfalle (Urk. 2 S. 10 Erw. 5).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, ob den Beschwerden kein objektivierbares organisches Substrat entspreche, sei gutachterlich abzuklären (Urk. 1 S. 5 Ziff. 3.1). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe, sei eine Tatfrage, die anhand eines audio-otoneurologischen Gutachtens zu beantworten sei (Urk. 1 S. 5 ff. Ziff. 3.2). Zur Einordnung des Unfalls als mittlerer an der Grenze zu einem leichten wies sie daraufhin, dass die Vorbelastung aus dem Unfall von 2004 eine Abweichung vom Normalfall darstelle (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3.3). Schliesslich seien - einzeln genannte - Adäquanzkriterien gemäss BGE 134 V 109 erfüllt (Urk. 1 S. 7 ff. Ziff. 3.4).

2.3 Strittig und zu prägen ist somit, ob zwischen dem Auffahrunfall vom Oktober 2007 und den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Juli 2009) noch vorhandenen Beschwerden ein rechtsgenügender (natürlicher und adäquater) Kausalzusammenhang besteht, und ob sich dies gestützt auf die vorliegenden Akten entscheiden lässt.

### E. 3

3.1 Am 27. Februar 2004 wurde das an einem Stoppsignal stehende Auto der Beschwerdeführerin von hinten angefahren (Urk. 11/1 Ziff. 5).

Knapp zwei Wochen nach dem Unfallereignis suchte die Beschwerdeführerin Dr. med. Z. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Rheumatologie, auf (Urk. 11/2 S. 1). Dieser nannte in seinem Bericht vom 15. Juni 2004 folgende Diagnosen (Urk. 11/2 S. 2 Ziff. 5):

- cervicocephales Syndrom bei/mit
- Status nach Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion am 27. Februar 2004 Quebec Task Force II
- sekundäres myofaszielles Schmerzsyndrom der Nacken- und Schultermuskulatur beidseits

- lumbospondylogenes, differenzialdiagnostisch lumboradikuläres Syndrom S1 rechts bei Verdacht auf degenerative Veränderungen

Beim Heckaufprall sei es zu keiner Kopfkontusion gekommen. Auch habe zu keiner Zeit eine Bewusstlosigkeit bestanden. Im Verlaufe des Tages seien druckartige Kopfschmerzen und am darauf folgenden Tag ziehende HWS-Schmerzen nach occipital, teils bis frontal ausstrahlend, aufgetreten. Es sei zu einem Augendruck mit roten Augen und vermehrtem Augenwässern gekommen. Den Kopfdruck gebe die Beschwerdeführerin teilweise als pulsierend an. In den ersten Tagen nach dem Unfall sei es zu einer leichten Abnahme der Symptomatik gekommen, die im Verlauf weitgehend unverändert geblieben sei. Es beständen schmerzbedingt Einschlafstörungen sowie rezidivierendes Aufwachen. Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen seien keine aufgefallen. Auch seien keine ausstrahlenden Schmerzen in die Arme, Gefäßstörungen oder Lähmungen vorhanden gewesen (Urk. 11/2 S. 1 Ziff. 2).

Eine Arbeitsunfähigkeit habe zu keinem Zeitpunkt bestanden (vgl. Urk. 11/2 S. 2 Ziff. 8).

Am 24. August 2004 berichtete Dr. med. A.\_\_\_\_, Neurologie FMH, über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 11/9 S. 1). Er nannte als Diagnose zervikogene Kopfschmerzen nach HWS-Distorsion am 27. Februar 2004 (S. 1).

Die Beschwerdeführerin leide an einem zervikogenen Kopfschmerz nach einem HWS-Distorsionstrauma vom 27. Februar 2004. Die eingehende Befragung und die klinisch-neurologische Untersuchung hätten keine Hinweise darauf geliefert, dass bei diesem Unfall das Rückenmark, die zervikalen Nervenwurzeln oder das Gehirn Schaden genommen hätten. Das angegebene Kopfweh sei auch nicht typisch für eine Migräne oder einen Spannungskopfschmerz (S. 2).

Am 24. Februar 2005 (Urk. 11/14) stellte Dr. Z.\_\_\_\_ dieselben Diagnosen wie in seinem Bericht vom 15. Juni 2004. Der Verlauf sei schleppend. Unter regelmässigen physikalischen Massnahmen mit myofaszialen Techniken könne jeweils nur vorübergehend eine Verbesserung erzielt werden (Ziff. 2a). Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte er nicht (Ziff. 4a).

Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, berichtete am 10. Mai 2005 über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 11/20). Er führte aus, 14 Monate nach dem Unfallereignis seien bei der Beschwerdeführerin klinisch keine fassbaren organischen Unfallfolgen mehr nachweisbar. Sie sei in ihrer angestammten Tätigkeit als Filialleiterin uneingeschränkt arbeitsfähig. Eine unfallbedingte Weiterbehandlung nach Fallabschluss sei aus medizinischer Sicht nicht notwendig (S. 2).

Am 17. August 2005 (Urk. 11/34/4) nannte Dr. Z.\_\_\_\_ wiederum dieselben Diagnosen wie in seinem Bericht vom 15. Juni 2004. Es bestehe ein undulierender Verlauf. Über längere Sicht habe die Symptomatik nicht wesentlich verbessert werden können. Subjektiv komme es nach wie vor zu teils fast unerträglichem Kopfschmerzen. Objektiv beständen in der Zervikalmuskulatur Hartspannphänomene sowie Facettengelenksirritationen auf der Höhe C2/3 rechts (Ziff. 2a). Anamnestisch sowie auch aktenkundig seien vor dem Unfallereignis keine Kopfschmerzen bekannt gewesen (Ziff. 4).

Im - in Rechtskraft erwachsenen - Urteil des hiesigen Gerichts vom 30. März 2007 (Urk. 11/41) wurde gestützt auf die medizinischen Akten festgehalten, dass

14 Monate nach dem Unfallereignis - abgesehen von den myofaszialen Veränderungen - keine organischen Unfallfolgen mehr nachweisbar gewesen seien (S. 7 Erw. 4.1).

Die Prüfung der Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhanges erwies sich als entbehrlich, da das Unfallereignis als leicht einzustufen war (S. 9 Erw. 6.2).

#### E. 4

4.1 Am 26. Oktober 2007 erlitt die Beschwerdeführerin einen weiteren Auffahrunfall: Sie stand mit ihrem Auto an einer Einmündung, als dieses von hinten angefahren wurde (Unfallmeldung vom 3. November 2007, Urk. 12/25 Ziff. 6; Polizeirapport, Urk. 12/35a S. 4).

Gemäss der am 4. März 2008 erstatteten biomechanischen Kurzbeurteilung (Urk. 12/58 = Urk. 3/7) erfuhr der von der Beschwerdeführerin gelenkte Mercedes eine Geschwindigkeitsänderung im Bereich von 10-15 km/h (S. 2 unten). Die von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher erklärbar; unter Berücksichtigung von Abweichungen vom Normalfall (Vorbeschwerden) ergäben sich weitere Erklärungsmöglichkeiten (S. 2). In einem unfallanalytischen Gutachten vom 29. August 2008 wurde die Geschwindigkeitsänderung des Mercedes mit 10.6-15.1 km/h angegeben (Urk. 12/107 Beilage S. 1 oben).

4.2 Drei Tage nach dem Unfall, am 29. Oktober 2007, suchte die Beschwerdeführerin Dr. Z.\_\_\_\_ auf, der darüber am 3. November 2007 berichtete (Urk. 12/14). Dabei nannte er folgende Diagnose (S. 1):

- cervicocephales Syndrom bei/mit
- Status nach HWS-Distorsion am 26. Oktober 2007
- Status nach HWS-Distorsion am 27. Februar 2004
- sekundäres myofasziales Syndrom der Nacken-Schulter-Muskulatur rechts mehr als links

Die Beschwerden nach der HWS-Distorsion von 2004 seien unter Therapie allmählich abgeklungen, persistiert habe ein chronischer Verlauf mit Restbeschwerden in undulierender Intensität (S. 1 Mitte).

Aktuell bestehe eine gestörte Nachtruhe mit rezidivierendem schmerzbedingtem Aufwachen; im Vordergrund seien Kopfschmerzen frontotemporal betont sowie HWS-Schmerzen betont bei der Rotation (S. 1 unten).

Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis am 4. November 2007 (S. 2 Mitte).

4.3 Vom 14. November bis 10. Dezember 2007 weilte die Beschwerdeführerin stationär im Kantonsspital C.\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_), worüber am 6. Dezember 2007 berichtet wurde (Urk. 12/41). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1):

- akut akzentuiertes therapieresistentes cervicocephales Schmerzsyndrom rechtsbetont mit/bei
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 26. Oktober 2007

- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 27. Februar 2004
- sekundäres myofaszielles Schmerzsyndrom der Nacken- und Schultermuskulatur rechtsbetont
- segmentale Dysfunktion des cervikothorakalen Übergangs
- Triggerpunkte Musculi Trapezi, Musculi levatores scapulae, Musculi sternocleidomastoidei
- subakutes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts
- Hyperlordose
- Triggerpunkte gluteal rechts

Im Verlauf der Behandlung sei eine langsame, jedoch nur leichte Schmerzreduktion sowie eine verbesserte Beweglichkeit erzielt worden (S. 1 unten), so dass anschliessend ein Rehabilitationsaufenthalt stattfindet (S. 1 f.).

Sogleich anschliessend, vom 10. Dezember 2007 bis 23. Januar 2008, weilte die Beschwerdeführerin stationär in der Rehaklinik K. \_\_\_\_, worüber am 31. Januar 2008 berichtet wurde (Urk. 12/53). Dabei wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1):

A. Unfall vom 26. Oktober 2007: Auffahrkollision mit HWS-Distorsionstrauma

- therapieresistentes cervikocephales Schmerzsyndrom rechtsbetont
- sekundäres myofaszielles Schmerzsyndrom der Nacken- und Schultermuskulatur rechtsbetont
- segmentale Dysfunktion des cervikothorakalen Übergangs
- Triggerpunkte Musculi Trapezi, Musculi levatores scapulae, Musculi sternocleidomastoidei

B. lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts

- Wirbelsäulenfehlform mit Hyperlordose

C. Status nach HWS-Distorsionstrauma am 27. Februar 2004

Im Verlauf der Behandlung habe keine anhaltende Änderung der Hauptbeschwerden im Kopf-, Schulter- und Nackenbereich und keine Steigerung der Belastbarkeit beziehungsweise Verbesserung der HWS-Beweglichkeit erzielt werden können (S. 3 Mitte).

Die Beschwerdeführerin habe auf Wiederaufnahme der Arbeit gedrängt. Bei einem Arbeitsversuch an zwei Tagen seien die Beschwerden im Nacken-/Kopfbereich bereits nach 3-4 Stunden exazerbiert. Es sei vorgeschlagen worden, zur Anpassung und Angewöhnung täglich 2 Stunden im vorherigen Betrieb zu arbeiten (S. 3).

Am 22. Februar 2008 berichtete Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, über seine am Vortag im Auftrag der Beschwerdegegnerin erfolgte Untersuchung der Beschwerdeführerin (Urk. 12/57).

Er führte aus, die neurologische Untersuchung habe durchwegs normale Befunde ergeben (S. 3 Ziff. 2).



- Anpassungsstörung mit einer länger depressiven Reaktion, Schlafstörungen und einer Störung der Schmerzverarbeitung bei einer psychosozialen Belastungssituation wegen
- einem HWS-Distorsionsstrauma mit einem therapieresistenten cervikozephalen Schmerzsyndrom
- einer zunehmenden Belastung des sozialen Umfeldes aufgrund der Erkrankung und
- einer Verschlechterung der psychosozialen Integration

4.8 Vom 10. bis 27. September 2009 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der Klinik G.\_\_\_\_, worüber mit Austrittsbericht vom 2. Oktober 2008 (Urk. 12/117) berichtet wurde. Dabei wurden die folgenden behandlungsrelevanten Diagnosen genannt (S. 1):

1. therapieresistentes zervikozephal Schmerzsyndrom rechtsbetont bei Status nach Auffahrunfall im Februar 2004 und im Oktober 2007

- sekundäres myofaszielles Schmerzsyndrom der Nacken- und Schultermuskulatur rechtsbetont
- segmentale Dysfunktion im zervikothorakalen Übergang
- Triggerpunkt im M. trapezius, M. levator scapulae, M. sternocleidomastoideus rechtsbetont, M. pectoralis beidseits

2. lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts

- Wirbelsäulenfehlform mit Hyperlordose

Die Beschwerden der Beschwerdeführerin hätten leider während der Hospitalisation nicht verbessert werden können, es sei sogar zu einer Schmerzverstärkung gekommen (S. 2 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe sich während der gesamten Rehabilitation sehr leidend präsentiert; wegen fehlendem Ansprechen auf jegliche Massnahmen sei auf eine Verlängerung der Rehabilitation verzichtet worden, ebenso auf eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (S. 2 unten).

Bis 31. Oktober 2008 wurde eine Arbeitsfähigkeit von 0 % im angestammten Bereich attestiert (S. 3).

4.9 Am 7. November 2008 erfolgte eine Verlaufskontrolle im Kopfwehzentrum der Klinik E.\_\_\_\_ (Urk. 12/151).

Am 6. Dezember 2008 (Urk. 12/135) und am 8. Januar 2009 (Urk. 12/161) berichtete Dr. Z.\_\_\_\_, der Zustand sei unverändert.

Ein am 6. Januar 2009 erstelltes MRI der Halswirbelsäule ergab eine im Vergleich zum 19. November 2007 leicht progrediente Hernierung der Bandscheibe C6/7 bis ins rechte Neuroforamen mit progredienter Kompression der Nervenwurzel C7 rechts, eine in etwa stationäre Darstellung einer kleinen, leicht nach kaudal umgeschlagenen Diskushernie C5/6 ohne Myelonkompression mit allenfalls leichter Einengung des Spinalkanals, und eine unveränderte breitbasige Bandscheibenprotrusion C3/4 rechtsbetont (Urk. 12/156).

4.10. Am 13. Februar 2009 berichtete Dr. D. über seine gleichentags im Auftrag der Beschwerdeführerin erfolgte erneute Untersuchung (Urk. 12/168). Er führte aus, nach zweimaligem Zerrungstrauma der HWS liege ein persistierendes posttraumatisches diffuses Cervicalsyndrom vor, mit zervicogenen Dauerkopfschmerzen sowie weit ausgebreiteten Tendomyosen am Schultergürtel rechtsbetont. Für eine zervikoradikuläre Problematik gebe es weder anamnestische noch klinische Hinweise (S. 4 Ziff. 3). Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit liege seit längerem nicht vor; es sei sehr zu befürchten, dass dies auch in Zukunft so bleibe (S. 4 Ziff. 4).

Eine am 4. März 2009 erfolgte neuropsychologische Untersuchung ergab in der Untersuchung schwankende und unklar ausgeprägte, wahrscheinlich multifaktoriell (Schmerzen, Medikamente, Schlafmanko) bedingte kognitive Funktionseinschränkungen sowie teilweise nicht valide Befunde (Urk. 12/170 S. 5 oben).

Eine am 11. März 2009 vorgenommene Gastroskopie ergab als Diagnose aspektmäßig eine Korpusgastritis (Urk. 12/184).

4.11. Am 11. Mai 2009 berichtete Dr. med. H., FMH Innere Medizin, Psychotherapeutin IBP, über ihre Behandlung der Beschwerdeführerin (Urk. 12/186). Zum Behandlungsbeginn machte sie in ihrem Bericht keine Angaben; gestützt auf andere Akten dürfte dieser auf Oktober/November (Urk. 12/136) oder Dezember (Urk. 12/188 S. 3 Ziff. 3.1) 2008 zu datieren sein. Dr. H. nannte folgende Diagnosen (S. 1):

- zervikozephalisches Schmerzsyndrom rechtsbetont bei Status nach Auffahr-unfall im Februar 2004 und Oktober 2007

- Dysthymia (ICD-10: F34.1)

Zum Psychopathologiestatus hielt Dr. H. unter anderem fest, der Affekt sei traurig, aber nicht hoffnungslos, die Beschwerdeführerin klammere sich an jede neue Idee, jeden neuen Therapieversuch. Sie leide an Ein- und Durchschlafstörungen. Sie pflege regelmäßige soziale Kontakte (S. 2 oben).

Zum Verlauf führte Dr. H. aus, anamnestisch habe sich ein sehr hoher Drogen-, Medikamenten- und Therapiekonsum gezeigt. Sie habe die Beschwerdeführerin motivieren können, diesen Drogenkonsum zu reduzieren; diese habe die Betreuung am Kopfwehzentrum beendet, ihre Konsultationen beim Rheumatologen reduziert und baue sukzessive Medikamente ab (S. 2 Mitte).

Eine Prognose sei schwierig zu stellen. Einerseits sei die Beschwerdeführerin sehr motiviert und kooperativ, andererseits sei das Beschwerdebild bereits chronifiziert. Es bleibe abzuwarten, ob es ihr gelinge, von der passiven Haltung zu einem aktiven Verhalten zu wechseln (S. 3).

4.12. Am 14. Mai 2009 berichtete Kreisarzt Dr. med. I., Facharzt für Orthopädische Chirurgie, über die gleichentags erfolgte Abschlussuntersuchung (Urk. 12/188).

Als aktuelle Beschwerden gemäß den Angaben der Beschwerdeführerin hielt Dr. I. fest, es beständen weiterhin äußerst unangenehme Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den gesamten Kopf, Augenschmerzen und ein heisser, in Augen und Ohren empfundener Druck, sowie auch Schmerzen im Bereich des kompletten Schultergürtels und oberen Brustkorbbereiches. Belastung

verstärkte die Symptomatik und führte auch zu Schmerzen im Bereich des rechten Beines (S. 3 Ziff. 3.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung führte Dr. I. \_\_\_ aus, das Unfallereignis vom 26. Oktober 2007 habe keine strukturellen Folgen an Schädel und Halswirbelsäule hinterlassen. In Bezug auf die Halswirbelsäule liege eine gesundheitliche Beeinträchtigung dahingehend vor, dass den klinisch fassbaren Befunden ein organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung fehle. Von einer weiteren somatischen Behandlung sei keine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten (S. 5 Ziff. 5).

4.13 Ä Ä Ä Am 18. Mai 2009 wandte sich Dr. H. \_\_\_ an die Beschwerdegegnerin und legte dar, dass die aktuellen Beschwerden ihres Erachtens klar in kausalem Zusammenhang mit dem Auffahrunfall ständen (Urk. 12/189 = Urk. 3/5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 25. Mai 2009 erstattete Dr. Z. \_\_\_ auf Wunsch der Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin einen kurzen Bericht (Urk. 12/216). Dabei nannte er folgende Diagnosen:

- chronisches cervicocephales Syndrom bei/mit
- zweimaligem HWS-Beschleunigungstrauma Februar 2004 und Oktober 2007
- Diskopathie mit Protrusion C3/4, Diskushernie C5/6, Diskushernie C6/7 (MRI der HWS vom 6. Januar 2009)
- Periarthropathia humeroscapularis rechts bei Impingement

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Verlauf nach dem erstmaligen HWS-Beschleunigungstrauma im Februar 2004 sei undulierend gewesen. Seit dem erneuten HWS-Beschleunigungstrauma im Oktober 2007 beständen subjektiv invalidisierende Kopfschmerzen und solche im Nackenbereich. Alle bisher durchgeführten Therapien hätten bis anhin keinerlei Verbesserung erbracht, Ä subjektiv hätten die Beschwerden tendenziell zugenommenÄ.

4.14 Ä Ä Ä Am 11. Juni 2009 äußerte sich der leitende Arzt des Kopfwehzentrums der Klinik E. \_\_\_ und führte unter anderem aus, die Beschwerdeführerin sei seit längerem bei ihm in Behandlung. Die orthopädische Begutachtung habe keinerlei neuen Aspekten ergeben, sondern bestätige die nach HWS-Distorsionstrauma bestehenden Beschwerden, die zu chronischen Kopfschmerzen, anderen Symptomen und zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Wie bereits frühere Untersuchungen ergeben hätten, beständen keinerlei organischen Veränderungen. Bezüglich der Kausalität bestehe eine absolute zeitliche Korrelation mit völliger Beschwerdefreiheit vor dem ersten Unfall und voller Arbeitsfähigkeit auch vor dem zweiten Unfall und seither ausgeprägtem Leiden mit Reduktion beziehungsweise Unmöglichkeit der Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/217 = Urk. 3/6).

## E. 5

5.1 Ä Ä Ä Vorab ist auf den Standpunkt der Beschwerdeführerin einzugehen, das Fehlen eines objektivierbaren organischen Substrats sei nicht erwiesen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 3.1), weshalb ein Ä audio-otoneurologischesÄ Gutachten anzuordnen sei (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2), und zwar bei Dr. J. \_\_\_ (Urk. 1 S. 7 oben).

Î Î Î Î Î Î Î Î Î In keinem einzigen der aktenkundigen medizinischen Berichte wurden irgend-welche vom Unfall herr¼hrenden nachweisbare strukturelle LÃ¤sionen festge-stellt, vielmehr ist deren Fehlen wiederholt ausdr¼cklich festgehalten worden (vorstehend Erw. 4.9, Erw. 4.12, Erw. 4.14).

Î Î Î Î Î Î Î Î Î Ã¼berdies sind rechtsprechungsgemÃ¤ss die mit der von der BeschwerdefÃ¼hrerin beantragten Untersuchungsmethode (welche zur AbklÃ¤rung nicht fassbarer GleichgewichtsstÃ¶rungen eingesetzt wird) gewonnenen Erkenntnisse insofern begrenzt, als sie keine Informationen zur Ã¤tiologie dieser StÃ¶rungen und damit zur allfÃ¤hlligen UnfallkausalitÃ¤t liefern (statt vieler: Urteil 8C\_168/2010 vom 7. Juni 2010 Erw. 5.1). Die beantragte Beurteilung durch Dr. J. \_\_\_ trÃ¤gt deshalb absehbar nichts zur KlÃ¤rung der Frage bei, ob organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen vorliegen, weshalb der Verzicht darauf keinen Verlust darstellt.

5.2 Î Î Î Î Der Standpunkt der BeschwerdefÃ¼hrerin sodann, der Auffahrunfall von 2004 sei bei der Bestimmung des Schweregrads des Auffahrunfalls von 2007 zu berÃ¼cksichtigen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3.3), verkennt, dass rechtsprechungsgemÃ¤ss eine allfÃ¤hllige VorschÃ¤digung der HWS gerade nicht bei der Einordnung des Unfallereignisses zu berÃ¼cksichtigen ist, sondern allenfalls bei der Beurteilung einzelner AdÃ¤quanzkriterien (SVR 2007 UV Nr. 1 Erw. 3.3.2).

Î Î Î Î Î Î Î Î Î Somit ist der zu beurteilende Auffahrunfall der gefestigten Praxis entsprechend (SVR 2010 UV Nr. 10 Erw. 4.2.2) und mit der Beschwerdegegnerin im mittleren Bereich an der Grenze zu einem leichten Unfallereignis einzustufen.

5.3 Î Î Î Î Entgegen der Vorbringen der BeschwerdefÃ¼hrerin (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3.4.1) kann beim fraglichen Unfall von besonders dramatischen BegleitumstÃ¤nden oder einer besonderen Eindr¼cklichkeit des Unfalls keine Rede sein.

UnabhÃ¤ngig davon, welche Fahrzeuge im Unfallzeitpunkt auf der Hauptstrasse, in welche die BeschwerdefÃ¼hrerin einzubiegen gedachte (und auf welcher in diesem Abschnitt Tempo 60 gilt), unterwegs gewesen sein mÃ¶gen, handelte es sich um einen denkbar alltÃ¤glichen, banalen Auffahrunfall.

5.4 Î Î Î Î Die Beschwerdegegnerin schloss sodann aus dem Umstand, dass sie eine HWS-Distorsion erlitten hat, auf das Vorliegen einer schweren oder besonderen Verletzung (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 3.4.2).

Die Rechtsprechung sieht dies bekanntlich anders: Ein HWS-Trauma alleine ist gerade nicht ausreichend, um das entsprechende Kriterium zu bejahen (RKUV 2005 S. 236 ff. Nr. U 549, Erw. 5.2.3).

Î Î Î Î Î Î Î Î Î Auch der Umstand, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin rund 3 ½ Jahre zuvor einen Auffahrunfall erlitten hatte, vermag keine Besonderheit zu begr¼nden, hatte sie sich von selbigem doch wieder erholt, womit es an der vorausgesetzten dadurch verursachten Ã¼ dauerhaften VorschÃ¤digung der HWSÃ¼ (SVR 2007 UV Nr. 1 Erw. 3.3.2) fehlt.

5.5 Î Î Î Î Aus der Liste der erfolgten Arztkonsultationen und absolvierten Therapien (Urk. 1 S. 8 Ziff. 3.4.3; Urk. 3/8) folgt entgegen dem Standpunkt der BeschwerdefÃ¼hrerin nicht, dass das Kriterium einer fortgesetzt spezifischen, belastenden Ã¤rztlichen Behandlung erf¼hllt ist. Aus dem Bericht ihrer Psychotherapeutin (vorstehend Erw. 4.11) geht klar hervor, dass die entsprechenden Frequenzen nicht eigentlich medizinischer

Notwendigkeit entsprochen haben und auf ihre Empfehlung hin denn auch deutlich reduziert werden konnten und wurden. Von diesem - gemäss der Psychotherapeutin - Absehbaren Konsum abgesehen halten sich die therapeutischen Bemühungen im bei erlittener HWS-Distorsion üblichen Rahmen (vgl. SVR 2009 UV Nr. 22 Erw. 5.4).

5.6. Erfolglos durchgeführte Therapien, wie von der Beschwerdeführerin angeführt (Urk. 1 S. 9 Ziff. 3.4.4), gemäss der Rechtsprechung (SVR 2009 UV Nr. 22 Erw. 5.6) nicht, um einen schwierigen Heilungsverlauf oder gar erhebliche Komplikationen zu bejahen.

5.7. Beim Kriterium einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen halten sich die Bemühungen der Beschwerdeführerin (ein gescheiterter zweitägiger Arbeitsversuch 2007/2008; wiederholtes Bekunden, arbeiten zu wollen) einerseits und die von der Beschwerdegegnerin angeführten Hinweise auf gelegentlich attestierte Teilarbeitsfähigkeiten andererseits die Waage.

Das Kriterium kann vor diesem Hintergrund als, wenn auch knapp, erfüllt betrachtet werden.

5.7. Dass eine ärztliche Fehlbehandlung vorliege, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, machte auch die Beschwerdeführerin - richtigerweise - nicht geltend (vgl. Urk. 1 S. 8 f.).

Ebenfalls machte die Beschwerdeführerin nicht geltend, das Kriterium erheblicher Beschwerden sei erfüllt. Auch dies ist zutreffend, ist doch die Beschwerdeführerin infolge der von ihr beklagten ausstrahlenden Nackenschmerzen (vorstehend Erw. 4.12) nicht in dem von der Rechtsprechung geforderten Mass an der Teilnahme am - wenn auch nicht erwerblichen - Leben verhindert (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 Erw. 7.4). Dies wird verdeutlicht durch den Hinweis ihrer Psychotherapeutin, dass sie regelmässige soziale Kontakte pflege (vorstehend Erw. 4.11) und auch dadurch, dass es ihr offenbar möglich ist, ihr Umfeld im Glauben zu lassen, sie sei weiterhin erwerbstätig (Urk. 12/186 S. 2 unten), was bei erheblicher Einschränkung wohl nicht machbar wäre.

5.8. Zusammengefasst ergibt sich, dass von den massgebenden Kriterien lediglich eines, und dies nur schwach, erfüllt ist.

Somit fehlt es an der Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs und damit an einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang zwischen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Juli 2009) noch bestehenden Beschwerden und dem im Oktober 2007 erlittenen Auffahrunfall.

Der angefochtene Entscheid erweist sich demnach als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet, was zu ihrer Abweisung führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Dr. Urs Leemann
  - Rechtsanwältin Barbara Klett

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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.