

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00408 vom 13. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00408](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00408)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00408 du 13 janvier 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00408 del 13 gennaio 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

1.2 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 entfiere (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).

1.3 Aus medizinischer Sicht handelt es sich bei der als Schleudertrauma der Halswirbelsäule bezeichneten Einwirkung um einen Beschleunigungsmechanismus an der Halswirbelsäule mit der dazugehörigen Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule oder des Nackens (RKUV 1995 Nr. U 221 S. 112). Die darauf zurückzuführenden unfallbedingten Beschwerden können, auch wenn sie organisch nicht (hinreichend) nachweisbar sind, unter Umständen eine Leistungspflicht des Unfallversicherers auslösen (RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b). 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen.

1.4.1.1 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 im Sozialversicherungsrecht üblichen 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).

#### **E. 1.5**

1.5.1.1 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).

1.5.2.1 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 Arbeits- beziehungsweise 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin verneinte, gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. E. \_\_\_\_, den natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Auffahrunfall vom 7. April 2008 (Urk. 2 S. 7 Ziff. 6) sowie auch zwischen den weiteren versicherten Unfallereignissen (Urk. 6 S. 5 unten), da für die weiterbestehenden Beschwerden kein unfallbedingtes organisches

Substrat objektiviert werden können (Urk. 2 S. 5).

## E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hingegen stellt die Richtigkeit der kreisärztlichen Beurteilung in Frage. Sie geht davon aus, es liege ein unfallbedingtes neurologisches Substrat vor, welches medizinisch weiter abzuklären sei (Urk. 1 S. 6 Ziff. 3 Abs. 2). Unter Berufung auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte macht sie sodann eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit geltend, welche insbesondere auf den Unfall vom 7. April 2008 zurückzuführen sei (vgl. Urk. 1 S. 2 lit. c).

## E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht für Heilbehandlungskosten bis 1. Juni 2009 und erbrachte Taggeldleistungen bis 19. Juli 2008 (vgl. Urk. 9/102 und Urk. 9/93). Streitig ist, ob die noch bestehenden Beschwerden mit einem organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschaden zu erklären sind und ob für die Zeit ab dem Datum der Leistungseinstellung ein Gesundheitsschaden auszumachen ist, der in natürlich kausaler Weise auf die versicherten Ereignisse zurückzuführen ist. Bezüglich der Einstellung der Taggeldleistungen auf den 19. Juli 2008 ist festzuhalten, dass dies mangels Verfügung (Anfechtungsgegenstand) nicht Streitgegenstand bildet. Zu Recht wurde die Einstellung der Taggeldleistungen auch nicht bestritten.

## E. 3

3.1 Am 13. September 2005 erlitt die Beschwerdeführerin bei einem Treppensturz eine Prellung der linken Schulter (Urk. 7/1), worauf Dr. Z. am 5. Mai 2006 als Diagnosen ein Zervikalsyndrom und spondylogene Kopfschmerzen mit Konzentrationsstörungen nach HWS-Distorsionstrauma nannte (Urk. 7/6). Chiropraktor Dr. F. berichtete am 19. März 2007 ebenfalls über einen Status nach HWS-Distorsionstrauma (Urk. 7/7) und die behandelnden Ärzte der orthopädischen Abteilung der Universitätsklinik G. hielten am 20. März 2007 ein zervikozephal und zervikobrachiales Syndrom nach HWS-Distorsionstrauma fest, welches sie auf den Treppensturz zurückführten, und berichteten, ein MRI der HWS vom 8. Februar 2007 habe eine breitbasige Diskushernie C5/C6 ohne Beeinträchtigung neurogener Strukturen gezeigt (Urk. 7/8).

Am 24. Oktober 2007 erlitt die Beschwerdeführerin in der Folge einen Heckauffahrunfall (Urk. 8/1). Die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie des A. diagnostizierten gleichentags ein HWS-Distorsionstrauma, für welches sie jedoch bildgebend keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen feststellten (Urk. 8/3). Am 5. Februar 2008 schloss der damalige Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. H., Spezialarzt FMH für Allgemeine Medizin, seine Behandlung ab; die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % war auf den 9. Februar 2008 vorgesehen (Bericht vom 3. April 2008 [Urk. 8/18]).

Kurz darauf war die Beschwerdeführerin am 7. April 2008 erneut in eine Auffahrkollision involviert (Urk. 9/1). Mit Stellungnahme vom 24. Juni 2008 berichtete Dr. B. über ein zervikozephal sowie linksseitiges zervikobrachiales Syndrom nach dreimaligem HWS-Distorsionstrauma (Urk. 9/26) und betrachtete die aktuellen Beschwerden als Unfallfolgen (vgl. Bericht vom 28. November 2008 [Urk. 9/68] und Bericht vom 24. Juni 2008 [Urk. 9/53a]).

Die Ärzte der rheumatologischen Abteilung der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ nahmen am 20. November 2008 ein mechanisch bedingtes zervikozephal- beziehungsweise -brachiales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom an (Urk. 9/73 = Urk. 9/82) und hielten am 16. Dezember 2008 aufgrund einer radiologischen HWS-Untersuchung eine Streckhaltung der HWS bei erhaltenem dorsalen Alignment ohne Hinweis auf ossäre Stenosen der intervertebralen Foramina und ohne substantielle Höhenminderungen der Intervertebralräume bei (nicht hängeminderten) Wirbelkörpern fest (Urk. 9/74). Bei einer neurologischen Untersuchung vom 27. Februar 2008 hatten sich keine Hinweise auf eine Radikulopathie oder eine periphere Neuropathie gefunden und bei normalem Ulnaris-SEP habe auch kein Hinweis auf eine zervikale Affektion bestanden; das anhaltende zervikozephal- und linksseitige Schmerzsyndrom sei klinisch, laborchemisch, konventionell-radiologisch sowie elektromyographisch nicht zu erklären (Urk. 9/74). Weitere radiologische Untersuchungen in der Uniklinik G.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2009 ergaben eine Diskusprotrusion C5/C6 ohne zentrale oder foraminale Stenose, ohne Myelopathie und ohne Anhaltspunkte für frische traumatische ossäre Läsionen (Urk. 9/75).

Am 25. Februar 2009 fand eine kreisärztliche Untersuchung statt. Dr. E.\_\_\_\_ hielt fest, die Handgelenksbeschwerden seien unfallfremd und die Beschwerdeführerin aufgrund der Unfallfolgen für eine physisch leichte Tätigkeit einsatzfähig. Er bat um einen Verlaufsbericht der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ (Urk. 9/86).

Am 11. März 2009 hielten auch die behandelnden Ärzte der orthopädischen Abteilung der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ insbesondere ein chronisches zervikozephal- und zervikobrachiales Syndrom links sowie ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom fest. Sie gaben an, die bildgebenden Abklärungen der HWS und der linken Schulter hätten keine Erklärungen für die persistierenden Beschwerden ergeben. Fragen zur Unfallkausalität, zur Adäquanz und zur Arbeitsunfähigkeit müssten von einer neutralen, bisher nicht in die Abklärung oder in die Behandlung involvierten Gutachtenstelle beurteilt werden (Urk. 9/87 S. 1 ad. Ziff. 2 lit. b und S. 2 ad. Ziff. 4). Die entsprechende Behandlung wurde darauf am 3. April 2009 abgeschlossen (Urk. 9/87a und Urk. 9/97).

In Ergänzung seines Berichts vom 25. Februar 2009 führte der Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ am 28. April 2009 aus, in Bezug auf den Treppensturz vom 13. September 2005 sei die Leistungseinstellung per 5. Mai 2006 (vgl. Urk. 7/11) aus medizinischer Sicht richtig. Die episodenhaften Störungen, welche die Beschwerdeführerin als Folge dieses Ereignisses angebe, liessen sich medizinisch nicht erklären. Hinsichtlich der ersten Auffahrkollision vom 24. Oktober 2007 seien die Unfallfolgen ebenfalls abgeklungen. Die diesbezügliche Behandlung sei am 5. Februar 2008 abgeschlossen worden und per 9. Februar 2008 habe eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden. Es lägen keine Elemente vor, die gegen diese Einschätzung sprächen. Betreffend den zweiten Auffahrunfall vom 7. April 2008 stellte Dr. E.\_\_\_\_ fest, die schlechte Kondition der Beschwerdeführerin sei nicht mit diesem Ereignis in Zusammenhang zu bringen, die diesbezügliche Behandlung könne als abgeschlossen erklärt werden. Die Beschwerdeführerin sei heute für eine leichte Arbeit voll einsatzfähig; keines der drei Ereignisse habe einen bleibenden Nachteil hinterlassen, alle Unfallfolgen seien behoben (Urk. 9/96).

3.2.1.1. Gestützt auf die Aktenlage ist der medizinische Sachverhalt - grösstenteils (vgl. dazu die nachstehende Erwägung 5) - als erstellt zu betrachten. Insbesondere die kreisärztlichen Berichte von Dr. E. \_\_\_ erfüllen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen, welche an beweistaugliche medizinische Berichte gestellt werden: Die Berichte sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf eingehender Untersuchung, berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die darin enthaltenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Nach übereinstimmender medizinischer Beurteilung ist davon auszugehen, dass für die Beschwerden der Beschwerdeführerin kein unfallbedingtes organisches Substrat objektivierbar ist.

3.2.1.2. In Bezug auf die geklagten Kreuzschmerzen (vgl. Urk. 9/96 S. 3 Ziff. 3), das diagnostizierte lumbospondylogene Schmerzsyndrom (vgl. Urk. 9/87) sowie die bildgebend festgestellte Diskusprotrusion C5/C6 (vgl. Bericht der Universitätsklinik G. \_\_\_ vom 14. Januar 2009 [Urk. 9/75]), welche Dr. E. \_\_\_ als «eher degenerativ» erachtete (vgl. Urk. 9/96 S. 1 Abs. 5), ist die medizinische Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts zu berücksichtigen, dass, wenn es an einem organischen nachweisbaren unfallbedingten Substrat im Bereich der Wirbelsäule fehlt, eine unfallbedingte somatische Ursache der fortbestehenden Rückenschmerzen nach Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen in der Regel nach sechs Monaten beziehungsweise spätestens einem Jahr (bei degenerativen Veränderungen) unwahrscheinlich ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen N. vom 29. November 2006, U 207/06, Erw. 2.2). Ebenso sei ein Unfall nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig sei, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brächen, als dass die Bandscheibe verletzt würde (Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 21. Dezember 2009, 8C\_492/2009, Erw. 6.3.2 mit Hinweisen). Somit ist für die entsprechenden Beschwerden der natürliche Kausalzusammenhang aufgrund der kreisärztlichen Beurteilung («alle Unfallfolgen behoben») [Urk. 9/96 S. 2] in Übereinstimmung mit dem erwähnten medizinischen Erfahrungssatz zu verneinen.

3.2.1.3. Da die behandelnden Ärzte der Universitätsklinik G. \_\_\_ zur Unfallkausalität ausdrücklich keine Stellung nahmen (Urk. 9/87 S. 1 ad. Ziff. 2), darf und kann in Bezug auf die abweichende Beurteilung von Dr. B. \_\_\_ (vgl. Bericht vom 28. November 2008 [Urk. 9/68] und Bericht vom 24. Juni 2008 [Urk. 9/53a]) berücksichtigt werden, dass erfahrungsgemäss regelmässig behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 2. April 2007, I 551/06, Erw. 4.2 mit Hinweisen). Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, vor den Unfällen nicht unter einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom gelitten zu haben (vgl. Urk. 1 S. 4 Ziff. 1), ist offensichtlich eine Argumentation «post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, was zum Nachweis des fraglichen Kausalzusammenhangs beim Fehlen von strukturellen Läsionen praxismässig unzureichend ist (vgl. BGE 119 V 335 Erw. 2b/bb S. 341 f.; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, U 290/06 E. 4.2.3).



Oktober 2007 (vgl. Urk. 8/1), für welche als Diagnosen ebenfalls HWS-Distorsionstraumen angegeben worden sind. Von den weiteren massgeblichen Kriterien müssten bei der gegebenen Unfallschwere für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber vier in gehäufteter Weise gegeben sein (BGE 134 V 126 f. Erw. 10.1 und Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 29. Januar 2010, 8C\_897/2009, Erw. 4.5).

4.3 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit eines Unfalles ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Nach der Beurteilung der Beschwerdegegnerin hat sich keines der drei Ereignisse unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet und es ist keines von besonderer Eindringlichkeit gewesen (vgl. Urk. 2 S. 6 und Urk. 6 S. 5). Mit Rücksicht auf die bestehende Schwangerschaft anlässlich der Auffahrkollision vom 7. April 2008 kann diesem Ereignis - im Sinne der Vorbringen der Beschwerdeführerin - bei objektiver Betrachtungsweise eine gewisse Eindringlichkeit zugebilligt werden, doch fällt auch die Schwangerschaft nicht derart ins Gewicht, dass von einer ausserordentlichen Eindringlichkeit ausgegangen werden kann (vgl. RKUV 1995 Nr. U 221 S. 117 B 9, zitiert in Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich Basel Genf 2003, S. 60). Eine besondere Eindringlichkeit wurde regelmässig nur bei deutlich einprägsameren Unfallereignissen bejaht (vgl. die Praxisübersicht in Urteil des Bundesgerichts in Sachen O. vom 11. September 2009, 8C\_915/2008, Erw. 5.3), weshalb das Kriterium nicht erfüllt ist.

Was die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen anbelangt, bedarf es zur Bejahung dieses Kriteriums einer besonderen Schwere der für die gegebene Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 127 f. Erw. 10.2.2). Obschon die Wirbelsäule der Beschwerdeführerin vorgeschädigt und deshalb speziell geeignet sein könnte, die typischen Symptome hervorzurufen, ist eine Verletzung besonderer Art zu verneinen, da die Schädigung hauptsächlich auf degenerative Veränderungen - und nicht auf frühere Traumen - zurückzuführen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 19. November 2010, 8C\_726/2010, Erw. 4.1.2.2). Das Kriterium ist ebenfalls nicht erfüllt.

Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung verlangt, dass die ärztliche Behandlung zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt. Die Behandlung der Beschwerdeführerin bis zum Beurteilungszeitpunkt umfasste hauptsächlich Physiotherapie und Analgetika (Urk. 7/9, Urk. 8/3 und Urk. 9/87 S. 3). Nach der Rechtsprechung sind physiotherapeutische Massnahmen nicht als belastend zu qualifizieren. Auch die spezialärztlichen Abklärungsmassnahmen sind nicht als belastende ärztliche Behandlung zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 19. März 2009, 8C\_797/2008, Erw. 5.3.3), weshalb insgesamt festzustellen ist, dass die ärztliche Behandlung nicht zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Beschwerdeführerin führte.

Das Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 Erw. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der kreisärztlichen Beurteilung häufige Nackenschmerzen, Schmerzen in den Handgelenken, verminderte Kraft beim Zupacken mit den Händen, Schwindel, Schmerzen in den Beinen und im Kreuz und allgemein wenig Kraft an (vgl. Urk. 9/86 S. 3). Das Kriterium kann als erfüllt betrachtet werden. In ausgeprägter Weise liegt es aber nicht vor, spielen doch unfallfremde Faktoren eine erhebliche Rolle.

Klar zu verneinen ist dagegen das Kriterium einer die Unfallfolgen verschlimmernden ärztlichen Fehlbehandlung. Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen ebenfalls nicht vor. Denn die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 16. Mai 2008, 8C\_252/2007 Erw. 7.6).

Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen anbelangt, ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Treppensturz vom 13. September 2005 weiterarbeitete (Urk. 1 S. 4 Ziff. 1, Urk. 7/6 S. 2, vgl. auch Urk. 7/10 S. 1 Abs. 4). Nach dem ersten Auffahrunfall vom 24. Oktober 2007 war sie im Ausmass von 100 % und ab 27. November 2007 bis 5. Februar 2008 zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 9/17 und Urk. 9/18) und nach der zweiten Auffahrkollision vom 7. April 2008 bestand nach Kreisarzt Dr. E. \_\_\_ aufgrund seiner Beurteilung vom 25. Februar 2009 eine ganze Einsatzfähigkeit für eine physisch leichte Tätigkeit und nach einem Aufbautraining auch für eine leichte bis mittelschwere Arbeit (Urk. 9/86 S. 5). Zwar attestierten darauf am 3. und 14. April 2009 die behandelnden Ärzte der Universitätsklinik G. \_\_\_ weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für leichte wechselbelastende Tätigkeiten, welche nach muskulärem Aufbau bis 100 % steigerbar sei (Urk. 9/87a S. 2 und Urk. 9/97 S. 2 ad. Ziff. 4), jedoch unterschieden sie nicht zwischen unfallbedingter und unfallfremder Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 9/87 S. 1 ad. Ziff. 2 lit. b und S. 2 ad. Ziff. 4). Da im vorliegenden Fall aber unfallfremde Faktoren eine erhebliche Rolle spielen und ausserdem behandelnde Ärzte dieser Klinik eine unabhängige Beurteilung vorgeschlagen haben, ist nicht auf deren Angaben abzustellen. In Bezug auf die abweichenden Angaben von Dr. B. \_\_\_, welche eine anfängliche 100%ige (vgl. Unfallschein UVG [Urk. 9/77]), ab 7. April 2009 50%ige und ab 24. Juni 2009 75%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Bericht vom 14. August 2009 [Urk. 9/113a]), wobei sie die attestierte Arbeitsunfähigkeit mÄglichlicherweise als unfallbedingt betrachtete (vgl. Bericht vom 28. November 2008 [Urk. 9/68] und Bericht vom 24. Juni 2008 [Urk. 9/53a]), darf und kann wiederum berücksichtigt werden, dass erfahrungsgemäss regelmässig behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 2. April 2007, I 551/06, Erw. 4.2 mit Hinweisen). Gestützt auf die zuverlässige kreisärztliche Stellungnahme, auf welche demnach ausschliesslich abzustellen ist, ist das Kriterium nicht als erfüllt zu betrachten.

Zusammenfassend ist höchstens, und nicht in ausgeprägter oder auffälliger Weise, ein Kriterium erfüllt (erhebliche Beschwerden). Dies genügt nicht, um den adäquaten Kausalzusammenhang bejahen zu können. Der Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2009 besteht mithin zu Recht, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

5. Das Verfahren ist kostenlos (§ 33 Gesetz über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Imer Hodza

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit

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.