

1.2.1.1 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).

1.2.2.1 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst 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).

1.2.3.1 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).

1.3 Die Versicherungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen).

Die Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 Erw. 2c am Ende).

Mit Bezug auf Rückfälle oder Spätfolgen ist der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall und bei früheren Rückfällen zu behaften, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 Erw. 1c am Ende; Urteil vom 10. Oktober 2003, U 344/02). Im Falle der Beweislosigkeit fällt der Entscheid (nach den unter Erw. 1.1.1-2 dargestellten Grundsätzen) zu Lasten des Versicherten aus, der aus dem unbewiesen gebliebenen natürlichen Kausalzusammenhang als anspruchsbegründender Tatsache Rechte ableiten wollte (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b; Urteile des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 10. Oktober 2003, U 344/02, vom 2. September 2003, U 77/03, und vom 29. August 2002, U 112/02).

1.4 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).

E. 2

2.1 Streitig und zu beurteilen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Unfallversicherungsleistungen (insbes. Taggeld und Heilbehandlung, evtl. Rente) mit Wirkung ab 15. April 2008. Dies, nachdem der Grundfall (Unfall vom 15. Juli 2005) mit (die Verwaltungsverfügung vom 16. Januar 2008 ersetzender) (Wiedererwägungs-)Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Februar 2008 rechtskräftig abgeschlossen worden war (Einstellung der Taggeldleistungen per 26. Oktober 2006, unprädjudizielle Übernahme von Heilbehandlungsleistungen bis 31. Dezember 2009, Verneinung eines Dauerleistungsanspruchs in Form einer Rente sowie unprädjudizielle Gewährung einer Integritätsentschädigung nach Massgabe einer Einbusse von 10 % in Höhe von Fr. 10'680.--) und die Beschwerdeführerin in der Folge am 18. Juli 2008 einen Rückfall angemeldet und um neuerliche Leistungsausrichtung (über die beim Fallabschluss zugestandenem Kostenvergütungen hinaus) ab 15. April 2008 nachgesucht hatte.

2.2 Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, das E.____-Gutachten vom 26. Februar 2009 sei beweiskräftig, da es den rechtsprechungsgemässen Anforderungen genüge; namentlich leuchte es in der Darlegung der medizinischen Situation ein und sei bezüglich der Schlussfolgerungen begründet. Die Gutachter seien zum Schluss gekommen, dass die noch geklagten gesundheitlichen Störungen und die erhobenen klinischen Befunde nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das versicherte Unfallereignis vom 15. Juli 2005 zurückzuführen seien. Da keine objektiv ausgewiesenen Befunde bestehen würden, welche auf den Unfall zurückgeführt werden könnten, sei die natürliche Kausalität nicht mehr gegeben. Ein weiterer Leistungsanspruch sei daher abzulehnen. Im Übrigen sei im Sinne einer Eventualbegünstigung festzuhalten, dass auch die Adäquanz klar zu verneinen wäre (Urk. 2).

2.3 Demgegenüber bringt die Beschwerdeführerin vor, im Bereich des Nackens und des rechten Schulterblattes würden Verdickungen vorliegen, welche auffällig und damit objektivierbar seien. Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin liege daher eine objektiv feststellbare strukturelle Schädigung im HWS-Bereich vor. Die behandelnden Ärzte hätten deswegen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Da es sich um Beschwerden an der vom versicherten Unfallereignis betroffenen Halswirbelsäule handle, sei sowohl der natürliche als auch der adäquate Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben, zumal die Höhe des Sachschadens entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht für einen leichten Unfall spreche (Urk. 1).

E. 3.1

3.1.1 Die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals Z.____ führten in ihrem Bericht über die ambulante Erstbehandlung vom 15. Juli 2005 aus, die Patientin sei am 15. Juli 2005 in einen Auffahrunfall verwickelt worden; ein anderer Personenwagen sei ins Heck des von ihr gelenkten Wagens gefahren und habe diesen in das davor stehende Auto gedrückt. Die Patientin habe angegeben, sie habe den Kopf leicht an der Kopfstütze angeschlagen. Es habe keine Bewusstlosigkeit und keine Amnesie bestanden, Kopf- und

Nackenschmerzen seien sofort aufgetreten. Die Nackenschmerzen hätten im Verlauf zugenommen. Ausser einer Druckdolenz über dem Trapeziusgebiet beidseits konnten die erstbehandelnden Ärzte keinen pathologischen Befund erheben; insbesondere wurde festgehalten, dass die HWS frei und schmerzlos beweglich sei und keine Dysästhesien in den Armen bestanden hätten. Auch die bildgebende Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für eine Fraktur und zeigte ein intaktes Alignment sowie zentrierte Dens. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (Urk. 9/22 [M22], Beilagen).

3.1.2.1 Dr. A. ____, welcher die Beschwerdeführerin am 23. August 2005 erstmals behandelte, hielt im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma fest, dass die Kopfstellung während des Zusammenpralles gerade gewesen sei und dass sich der Airbag nicht ausgelöst habe. Weiter führte er aus, die Patientin habe sofort aufgetretene Nacken- und Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in die Schulter sowie Schwindel, Übelkeit und Erbrechen angegeben. Es habe eine Bewegungseinschränkung der HWS bei Flexion und Extension sowie ein Druckschmerz über der Halswirbelsäule festgestellt werden können. Der neurologische Status sei unauffällig gewesen, die Röntgenuntersuchung der HWS habe keinen pathologischen Befund gezeigt. Dr. A. ____, diagnostizierte ein Trauma der HWS mit einem cervico-cephalen Schmerzsyndrom und verordnete Physiotherapie sowie Analgetika. Er veranlasste sodann eine rehabilitative Hospitalisation in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals B. ____, und attestierte eine vom 15. Juli bis 26. Oktober 2005 dauernde Arbeitsunfähigkeit. Schliesslich hielt er fest, dass die Behandlung bei ihm am 1. November 2005 abgeschlossen worden sei (Urk. 9/4 [M4], 9/5 [M5], 9/6 [M6]).

3.1.3.1 Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals B. ____, wo die Beschwerdeführerin vom 7. bis 16. September 2005 hospitalisiert war, diagnostizierten ein rechtsbetontes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei HWS-Distorsionstrauma am 15. Juli 2005, einem konventionell-radiologisch unauffälligen Befund und einem altersentsprechend normalen Befund an der HWS (MRI vom 9. September 2005). Im Bericht vom 20. September 2005 führten sie aus, die Patientin sei wegen beginnender Chronifizierung nach einem Schleudertrauma der HWS vom Hausarzt zugewiesen worden. Sie habe über Nackenschmerzen mit parästhetischer Ausstrahlung in beide Arme rechtsbetont geklagt. Klinisch habe eine volle Beweglichkeit der HWS in allen Bewegungsrichtungen und eine diffuse Druckdolenz bestanden. Es habe kein neurologischer Ausfall festgestellt werden können. Konventionell-radiologisch seien die HWS und die BWS unauffällig gewesen. Ebenso sei das MRI der HWS altersentsprechend unauffällig gewesen. Labormässig seien alle Parameter normal gewesen. Auffallen sei eine Passivität und Inaktivität. Die konsiliarisch beigezogene Psychologin habe die Patientin als psychisch unauffällig beurteilt und habe eine Wiederaufnahme von Aktivitäten empfohlen. Während der Hospitalisation sei eine intensive Physiotherapie mit Stabilisation und Aktivierung mit Gymnastik durchgeführt worden. Bei objektiv unauffälligen Befunden hätten die subjektiven Beschwerden persistiert. Der Patientin und ihrem Ehemann sei wiederholt geraten worden, die Beschwerden mittels aktiver Gymnastik und Wiederaufnahme der alltäglichen Arbeiten anzugehen. Mit Entlassung (diese erfolgte am 16. September 2005) sei der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für ihre vor dem Unfall ausgeübten Tätigkeiten attestiert worden. Schliesslich wurde im Bericht festgehalten, die Patientin sei einerseits erleichtert gewesen, dass die Untersuchungen kein

pathologisches Resultat gezeigt hätten, andererseits sei sie über die attestierte Arbeitsfähigkeit etwas überrascht gewesen (Urk. 9/3 [M3]).

3.1.4.1 Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 14. Juli 2006, die Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 29. September 2005 habe eine deutliche schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der HWS mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur ergeben. Neurologische Ausfälle hätten sich keine finden lassen. Anlässlich der zweiten Konsultation am 29. November 2005 habe die Patientin berichtet, dass sie ihre bisherige Erwerbstätigkeit im Umfang von zehn Stunden pro Woche wieder aufgenommen habe. Weitere Konsultationen hätten am 30. März und 29. Juni 2006 stattgefunden. Anlässlich der letzten Konsultation habe die Patientin über noch immer auftretende Nacken- und Kopfschmerzen berichtet und im Status habe sich noch immer eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS finden lassen, wobei der Grad der Einschränkung nur noch etwa 30 % betragen habe (Urk. 9/8 [M8]).

Im vom Unfallversicherer angeforderten zusätzlichen Bericht vom 24. August 2006 stellte Dr. G.____ die Diagnose eines posttraumatischen cervico-cephalen Schmerzsyndroms bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 15. Juli 2005 und erklärte, die geklagten Beschwerden würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgehen. Unfallfremde Faktoren würden keine bestehen. Zur Behandlung der noch vorhandenen Beschwerden habe er am 29. Juni 2006 eine Physiotherapie verordnet und zusätzlich Analgetika rezeptiert. Was die Prognose betreffe, schätze er diese als eher günstig ein mit weiterer Rückbildung der Beschwerden (Urk. 9/9 [M9]).

3.1.5.1 Dr. med. H.____, Assistenzärztin am Notfallzentrum der Klinik I.____, führte in ihrem Bericht über die Notfallbehandlung vom 13. Oktober 2006 aus, die Patientin klage seit 13 Uhr über akut beginnende Kopfschmerzen im Hinterkopf. Um 22 Uhr habe sie ein vermindertes Gefühl im Bereich der rechten Wange sowie im rechten Arm bemerkt. Nach Gabe von Novalgin (2,5 g) als Kurzinfusion und Aufkleben eines Flector-Pflasters auf die rechte Schulter sei es zu einer Regression der Beschwerden gekommen. Die erneute neurologische Beurteilung am nächsten Morgen habe eine normale Sensibilität der rechten Wange und des rechten Armes bei weiterhin verminderter Kraft im rechten Arm ergeben (Urk. 9/12 [M12]).

PD Dr. med. J.____, Spezialarzt für Neurologie an der Klinik I.____, berichtete am 27. Oktober 2006, er habe die Patientin am 17. Oktober 2006 gesehen. Es habe sich um eine Schmerzexazerbation bei einem bekannten chronischen Nacken- und Schulterschmerzsyndrom nach einem Auffahrunfall im Juli 2005 gehandelt. Es bestehe wahrscheinlich schon seit längerem eine zusätzliche tendomyotische Reaktion, vor allem am rechten Schultergürtel und am Nacken rechtsbetont. Es würden sich ebenfalls typische Triggerpunkte finden lassen. Eine neurologische Affektion sei nicht anzunehmen. Es bestehe zwar eine gewisse sensible Veränderung am rechten Arm und der rechten Hand; dabei handle es sich aber nicht um eine objektivierbare Sensibilitätsstörung, sondern um eine möglicherweise mit den Schmerzen zusammenhängende Veränderung der sensiblen Empfindung, wie dies bei derartigen Schmerzsyndromen immer wieder gesehen werden könne. Aus neurologischer Sicht bestehe kein weiterer Abklärungsbedarf; die Patientin sollte jedoch weiter physikalisch-therapeutisch sowie physiotherapeutisch behandelt werden (Urk. 9/10 [M10]).

Die an der Medizinischen Poliklinik des Spitals Z.____ tätigen Ärzte berichteten am 8. Februar 2007, dass sie die Beschwerdeführerin an diesem Tag notfallmässig behandelt hätten. Sie führten aus, dass sich die Patientin wegen chronischen, aktuell nach einer Physiotherapiesitzung exazerbierten rechtsseitigen Kopf- und Nackenschmerzen bei Status nach cervikocephalem Beschleunigungstrauma selbst zugewiesen habe. Klinisch hätten deutliche Myogelosen im Bereich des Musculus trapezius pars descendens rechts imponiert. Eine radikuläre Symptomatik habe nicht deutlich abgegrenzt werden können. Es sei eine analgetische Therapie mit Diclofenac und Sirdalud bei Bedarf verordnet worden. Zur weiteren Abklärung der Nackenschmerzen werde empfohlen, ein MRI der HWS mit der Frage nach einer zervikalen Diskushernie durchzuführen (Urk. 9/12b [M12b]).

Ein am 8. Juni 2007 durchgeführtes funktionelles MRI des craniocervicalen Überganges zeigte keine Strukturveränderungen der craniocervicalen Ligamente und Membranen; hinsichtlich festgestellter geringfügiger Rotationsanomalien wurde eingangs relativierend angemerkt, dass sich Bewegungsartefakte bei Funktionsaufnahmen unter Belastung und in symptomatischen Positionen nicht vermeiden lassen (Urk. 9/12c [M12c]).

3.1.6 Die D.____-Fachleute diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 17. August 2007 persistierende posttraumatische Nacken-, Kopf- und Schulterschmerzen mit pseudoradikulären Ausstrahlungen in den rechten Arm (chronisches zephalo- und zervikobrachiales Syndrom, ICD-10 M53.0; 53.1), mit vegetativen Begleitsymptomen und hielten fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Störung von Krankheitswert festzustellen sei. Weiter führten die Gutachter aus, die somatischen Beschwerden würden mindestens teilweise auf das Unfallereignis vom 15. Juli 2005 als Ursache der HWS-Distorsion zurückgehen. Es bestehe kein langes beschwerdefreies Intervall, das einen anderen Mechanismus als wahrscheinlich erscheinen liesse. Die anfänglichen Symptome hätten sich mähelos als Ausdruck der HWS-Distorsion erklären lassen. Warum sie andauerten, sei angesichts der vorgängig guten Gesundheit, des fehlenden Nachweises einer strukturellen Schädigung der HWS mit bildgebenden Methoden oder des Nervensystems schwierig zu erklären. Der Verlauf der Beschwerden bei der Explorandin entspreche jedoch dem einer Minderheit von Personen, die diese Verletzung erlitten hätten. Die chronischen Beschwerden würden oft auf einen interaktiven bio-psycho-sozialen Mechanismus zurückgeführt, wobei postuliert werde, dass der biologische Anteil in einer durch den Unfall in Gang gesetzten Fehlfunktion von schmerzverarbeitenden Strukturen bestehe. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit wurde im Gutachten erwogen, die Explorandin sei als Haushalthilfe in einem Privathaushalt tätig, welche Tätigkeit sie bereits vor dem Unfall lediglich teilweise ausgeübt habe. Aufgrund der gegenwärtigen Symptome und Behinderungen könne sie diese Arbeit gegenwärtig zu 30 %, drei mal vier Stunden, ausführen. Körperlich schwere Tätigkeiten sowie solche, die das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg erfordern würden, sollte sie nur vereinzelt und nicht wiederholt ausführen lassen. Arbeiten, die eine fixe Körperhaltung erforderten, beispielsweise Staub saugen oder bürsten, sollte sie fraktioniert, zu Perioden von maximal 30 Minuten ausführen und vor der nächsten Periode eine Pause einlegen oder eine wechselbelastende Tätigkeit ausführen können. Die Gutachter führten sodann aus, ihres Erachtens könne das Pensum der Explorandin durch Therapien erhöht werden und sollte sich innerhalb von 12 Monaten, also

spätestens drei Jahre nach dem Unfall normalisieren. Schliesslich wurde erwogen, dass der Explorandin körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten mit einem Pensum von 50 % zumutbar seien. Die Einschränkung gegenüber einem höheren Pensum ergebe sich aus einer seit dem Unfall eingetretenen Dekonditionierung. In einer angepassten Tätigkeit könne die Explorandin innerhalb von 6 Monaten eine Steigerung des Pensums von mindestens 30 % erzielen; eine Normalisierung des Pensums sollte innerhalb von 9 Monaten möglich sein. Aus neurologischer Sicht sei eine Therapie, die den Aufbau der körperlichen Kondition zum Ziel habe, zu empfehlen. Am Anfang solle die Explorandin die Physiotherapie wieder aufnehmen. Nach etwa drei Monaten sollte diese in eine medizinische Trainingstherapie überführt werden, die zum Ziele habe, die Sehnen und Bänder des Torsos leistungsfähiger respektive geschmeidiger zu machen (Urk. 9/13 [M13] S. 14 ff.).

3.1.7. Die Ärzte des Notfallzentrums der Klinik I. führten im Bericht vom 23. November 2007 aus, am 20. November 2007 habe sich die Patientin nach wahrscheinlich belastungsinduzierter Aggravation eines nach Auffahrunfall vor über zwei Jahren bestehenden chronischen HWS-Syndroms notfallmässig vorgestellt. Sie sei mit lokaler Infiltration an den angegebenen Trigger-Punkten sowie Anästhesie des Nervus occipitalis major rechts und des Nervus accessorius rechts behandelt worden. Diese Massnahmen hätten zu einer Besserung der Beschwerden geführt. Die Patientin sei mit Tramal-Tropfen (bis viermal 20) nach Hause entlassen worden (Urk. 9/14 [M14]).

Die MRI-Untersuchung der HWS vom 31. Januar 2008 ergab keinen pathologischen Befund. Dr. med. K., Spezialarzt für Neuroradiologie, hielt in seiner Beurteilung fest, dass die Wirbelsäule C1 bis Th4 völlig unauffällig sei. Es beständen keine Degenerationen und auch keine Hinweise auf traumatische Veränderungen. Ausserdem bestehe auch keine zervikoradikuläre Kompression (Urk. 9/15 [M15]).

PD Dr. F. hielt in seinem Bericht vom 7. Februar 2008 fest, die Beschwerdeführerin leide an einem cervicovertebralen, cervicocephalen und cervicobrachialen Syndrom bei Status nach Unfall. Daneben habe sie auch ein Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Unfall. Mit der Medikation mit Voltaren, Nexium und Valium (5 mg) seien die Beschwerden meistens kompensiert. Zur Optimierung der Schmerzspitzen erhalte sie noch Tramal-Tropfen. Mit dieser Kombination sei es für die Patientin einigermaßen erträglich. Da Physiotherapie nicht viel gebracht habe, nehme er davon Abstand (Urk. 9/17 [M17]).

Dr. C. führte in ihrem Bericht vom 2. Mai 2008 aus, dass die Beschwerdeführerin seit 11. Juli 2006 in ihrer Behandlung sei. Sie leide unter Schmerzen im Bereich der rechten Scapula, welche in den Kopf und den rechten Arm ausstrahlten, wo sie auch Parästhesien habe. Dazu würden Blockaden im HWS- und LWS-Bereich auftreten. Die Patientin habe sodann eine Verspannung am Oberrand der Scapula rechts sowie eine Druckdolenz im rechten Bizeps- und Pectoralisbereich. Die Seitneigung und Rotation seien schmerzhaft und um einen Drittel eingeschränkt. Um der jungen Patientin eine Arbeitstätigkeit zu ermöglichen, sei eine Badekur mit Therapien und Rehabilitationsbehandlung notwendig (Urk. 9/18 [M18]).

Am 1. Juli 2008 berichteten die Ärzte des Notfallzentrums der Klinik I. wiederum, die Patientin habe sich am 30. Juni 2008 aufgrund akuter

Schmerzexazerbation bei chronischem HWS-Syndrom vorgestellt. Sie habe zur Schmerztherapie 1 g Perfolgan und 1 g Novalgin intravenös sowie als Muskelrelaxans 150 mg Mydocalm per os erhalten. Da die Beschwerden darunter nicht nachgelassen hätten, sei eine Gabe von 2,5 mg Morphin intravenös erfolgt, so dass die Patientin bei deutlich gebesserter Schmerzsymptomatik habe entlassen werden können (Urk. 9/16 [M16]).

Ein kraniales MRI mit Kontrastmittel und ein MR-Angio der intrakraniellen Arterien vom 29. Juli 2008 zeigte gemäß der Beurteilung des Dr. med. L.____, Facharzt Radiologie und Neuroradiologie, mehrere subkortikale Gliosen parietal-betont, einem chronischen Muster der kleinen Gefäße entsprechend. Ein Hinweis auf eine akute oder subakute Ischämie links im MCA-Territorium bestand nicht, jedoch ein Verdacht auf eine Stenosierung eines M1-Astes links vor dem Übergang in die insuläre Verlaufsstrecke (Urk. 9/20 [M20]).

PD Dr. F.____ führte am 24. September 2008 aus, die Beschwerdeführerin sei bei ihm in größeren Abständen in Behandlung. Sie benötige regelmäßig zwei mal 100 mg Tramal pro Tag; daneben Mydocalm am Abend. Sie habe belastungsabhängige Nacken- und Kopfschmerzen sowie ausstrahlende Schmerzen in den rechten Arm. Repetitive Tätigkeiten wie Bücken oder Fenster putzen würden vermehrte Schmerzen induzieren. Für die schwereren Arbeiten habe die Patientin eine Hilfe. Einer ausserhäuslichen Tätigkeit gehe sie nicht mehr nach. Sie stehe seit Januar 2008 bei ihm in Behandlung. Seither habe er keine wesentliche Veränderung sehen können. Die Patientin zeige das übliche Krankheitsbild im Rahmen einer Schmerzchronifizierung bei Status nach Unfall. Mit einer wesentlichen Veränderung in nächster Zeit sei nicht zu rechnen (Urk. 9/19 [M19]).

Eine am 8. Januar 2009 durchgeführte konventionell radiologische Bildgebung zeigte einen unauffälligen Befund der HWS (Urk. 9/21 [M21]).

3.1.8 In der Expertise vom 26. Februar 2009 diagnostizierten die E.____-Gutachter ein chronisches, rechtsseitiges, intermittierendes zervikobrachiales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion am 15. Juli 2005 und muskulärer Dysbalance des Schultergürtels rechts sowie multiple, parietal-betonte subkortikale Gliosen, einem chronischen Muster der kleinen Gefäße entsprechend, und einem Verdacht auf Stenosierung eines M1-Astes der Arteria cerebri media links vor dem Übergang in die insuläre Verlaufsstrecke um 30 % (MRI-Angio und kraniales MRI vom 30. Juli 2008). Die Gutachter führten sodann aus, die 31-jährige Explorandin habe bei einer Heckkollision vor mehr als drei Jahren eine Halswirbelsäulendistorsion erlitten. Im Bericht über die ambulante Behandlung auf der Unfallchirurgie des Spitals Z.____, wo die Explorandin wenige Stunden nach dem Unfall gesehen worden sei, sei die Rede von Nackenschmerzen, im Befund werde über eine Druckdolenz über dem Trapeziusgebiet beidseits berichtet, die HWS sei jedoch als frei und schmerzlos beweglich beurteilt worden. Auch die Brustwirbelsäule habe keine klinischen Auffälligkeiten gezeigt. Die daraufhin geklagte starke Schmerzsymptomatik, ausgehend vom Schulterblatt, habe sich jetzt zurückgebildet, indem sie nur mehr intermittierend und nicht mehr so stark auftrete, ungefähr zwei Mal in der Woche. Analgetika würden nicht regelmäßig eingenommen. Klinisch-neurologisch sei der Befund unauffällig, die Halswirbelsäulenbeweglichkeit sei für die aktive In- und Reklination, Seitwärtsrotation und Seitneigung frei. Die Trophik und die detaillierte Prüfung der Motorik und der Sensibilität an den Händen sei normal, die Provokationstests für eine

Kompromittierung des Gefäßss-/Nervenbündels im Thoracic outlet-Bereich seien unauffällig. Es lasse sich somit kein Korrelat für die geklagten intermittierenden Parästhesien der Finger vier und fünf an der dominanten rechten Hand finden. Diese seien dementsprechend im Rahmen des im Schultergürtel lokalisierten intermittierenden Schmerzsyndroms als pseudoradikulär zu interpretieren. Die Kopfschmerzen seien unspezifisch, prätraumatisch hätten keine speziellen Kopfschmerzen bestanden, es handle sich aktuell am ehesten um einen zervikogenen Kopfschmerz, der auch gewisse Charakteristika eines Spannungskopfschmerzes aufweise. Klinisch seien aktuell lediglich leichte Reizzeichen der rechtsseitigen Fazettengelenke der unteren Halswirbelsäule ohne Bewegungseinschränkung oder nennenswerte muskuläre Verspannungen fassbar. Mittels Bildgebung hätten sich auch mit sensitiven Methoden keine strukturellen Läsionen an der Halswirbelsäule nachweisen lassen. Die beobachtete Asymmetrie des Gleitens C0-C2 im funktionellen MRI bei einer auf 30° eingeschränkten Rotation sei radiologisch nicht signifikant und habe zu keiner Zeit ein klinisches Korrelat in Form einer eindeutigen Rotationsasymmetrie oder der Provokation von Memory-pain oder provozierbarem Nystagmus, Schwindel, Nausea, wie es bei nennenswerten Kopfgelenksdysfunktionen gesehen werde. Weiter wurde im E.-Gutachten ausgeführt, obwohl keine biomechanische Unfallanalyse vorliege, seien die heute geklagten rechtsseitigen Nacken-/Kopf-/Schulterblatt-/Armschmerzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch bei Annahme einer erheblichen Kollision, was gemäß Unfallprotokoll eher unwahrscheinlich sei, nicht als unfallkausal zu werten. Diese Feststellung basiere auf dem klinischen und radiologischen Verlauf und aktuellen Befunden, wobei auch aktuell keine nennenswerten funktionellen Einschränkungen oder strukturellen Läsionen der Halswirbelsäule objektiviert werden könnten und die Beschwerden nicht mehr möglich, sondern intermittierend, eher witterungs- als belastungsabhängig auftreten würden. Die laut Unfallchirurgie des Spitals Z. am Unfalltag festgestellte freie und schmerzlose Beweglichkeit der HWS habe bereits unmittelbar nach dem Unfall vermuten lassen, dass keine wesentlichen strukturellen Schädigungen hätten vorliegen können. Es stelle sich auch die Frage nach der damaligen Schmerzintensität, sei die Explorandin doch kurz nach dem Unfall für mehrere Wochen in die Ferien verreist, ohne dass sie unmittelbarer ärztlicher Hilfe bedürft hätte. Die von einem Neurologen an ihrem Feriendomizil in Serbien vermutete "Hirnerschütterung", welche offenbar aufgrund der Lichtscheu geäußert worden sei, scheine wenig begründet. Es fehlten ein eindeutig dokumentierter Bewusstseinsverlust unmittelbar nach dem Unfall oder andere Symptome einer Commotio cerebri. Im Erstbericht des chirurgischen Ambulatoriums des Spitals Z. seien keine entsprechenden Abnormitäten festgehalten worden; dokumentierte Brückensymptome bis zur neurologischen Konsultation in den Ferien würden fehlen und Lichtscheu könne verschiedene Ursachen haben, die nichts mit einer funktionellen Beeinträchtigung des Gehirns per se zu tun hätten. Die Diagnose mit den mikrovaskulären Veränderungen und dem Verdacht einer Stenosierung eines größeren Astes der A. carotis interna links im Angio-MRI des Gehirns sei sicher nicht unfallkausal. Sie sei lediglich aus allgemein-medizinischen Gründen aufgeführt worden, da ein solcher Befund für die Altersgruppe der Explorandin ungewöhnlich sei und weiterer Abklärung in Richtung kardiovaskulärer und neuro-immunologischer Risikofaktoren bedürfe. Eine Erklärung für die Nacken-/Schulter-/Kopfschmerzsymptomatik lasse sich aufgrund dieses Befundes nicht postulieren. Auch aus neurologischer Sicht seien die aktuellen

Beschwerden nicht als unfallkausal einzustufen; es liessen sich keine Hinweise für eine traumatisch bedingte Affektion des zentralen oder peripheren Nervensystems finden. Auf Grund des intermittierenden Auftretens der Symptomatik sei eine strukturelle Läsion als Ursache dafür unwahrscheinlich. Aus neuropsychiatrischer Sicht lasse sich weder anamnestisch noch aktuell eine Störung von Krankheitswert nachweisen. Eine psychopathologische Syndromdiagnose sei insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung im Zusammenhang mit der (früheren) Begutachtung durch die Begutachtungsstelle D.____ nicht nachgewiesen worden. Die von der Explorandin angegebenen periodischen Stimmungsschwankungen könnten einer intermittierend auftretenden Symptomatik einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Emotionen, allenfalls auch des Verhaltens, entsprechen. Da es sich indes nicht um ein anhaltendes Beschwerdemuster handle, könne auf dieser Grundlage keine eigentliche psychopathologische Diagnose gestellt werden. Die sich abzeichnenden psychosozialen Belastungen könnten das intermittierende Auftreten der geklagten körperlichen Beschwerden und der angegebenen psychischen Reaktionen erklären. Diesbezüglich müsse in erster Linie an die emotionale Belastung des unerfüllten Kinderwunsches gedacht werden (Urk. 9/22 [M22] S. 24 ff.).

Die E.____-Gutachter hielten sodann fest, bezüglich der Intensität der geklagten Beschwerden auf die subjektive Belastbarkeit von Nacken- und Schultergürtel/Arm einerseits und den erhobenen klinischen und radiologischen Befunden andererseits bestehe eine Diskrepanz. Sie würden dies durch die Fixierung der Explorandin auf ihre Beschwerden und eine entsprechende Selbstlimitation in ihren körperlichen Aktivitäten erklären. Ein somatisch nachvollziehbarer Grund oder eine psychopathologische Erklärung seien dafür nicht ersichtlich. Weiter wurde im Gutachten vom 26. Februar 2009 ausgeführt, die heute geklagten gesundheitlichen Störungen und die erhobenen klinischen Befunde würden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das versicherte Unfallereignis zurückgehen. Eine natürliche Kausalität könne sowohl im Sinne einer Allein- als auch einer Teilursache ausgeschlossen werden. Die HWS-Distorsion vom 15. Juli 2005 habe zu einer vorübergehenden Schädigung der Weichteilstrukturen von Nacken- und Schultergürtel geführt, wobei auch unter der Annahme einer erheblichen Kollisionsintensität der Status quo ante spätestens drei Jahre nach dem Unfall erreicht worden sei. Im D.____-Gutachten vom 17. August 2007 sei postuliert worden, dass sich die Arbeitsfähigkeit drei Jahre nach dem Unfall normalisiert haben sollte. Man habe auch mit einem Therapie- und Fallabschluss per Juli 2008 gerechnet. Das Andauern der Beschwerden sei bereits damals wegen des fehlenden Nachweises einer strukturellen Schädigung der HWS oder des Nervensystems schwierig zu erklären gewesen. Eine Integritätsschädigung liege weder auf somatischem noch auf psychischem Gebiet vor (Urk. 9/22 [M22] S. 28 ff.).

Eine am 8. Mai 2009 in der Klinik M.____ durchgeführte Dopplersonographie ergab regelrechte Verhältnisse extra- und transkranial ohne Anhalt für Stenosen oder Verschlüsse (Urk. 8/236-239).

Ein weiteres Schädel-MRI sowie eine interkraniale MR-Angiographie wurde am 18. Mai 2009 durchgeführt. Im Bericht des Prof. Dr. med. N.____, Facharzt Radiologie und Neuroradiologie, vom 19. Mai 2009 wurde dazu festgehalten, die in der Voruntersuchung beschriebenen subkortikalen gliotischen

Veränderungen seien nach erfolgter Abklärung der vaskulären Risikofaktoren als unspezifisch anzusehen und würden hinsichtlich Grösse und Anzahl noch dem Normbereich entsprechen (Urk. 8/235). Entsprechend wurde von Dr. med. O.____, Fachärztin FMH für Neurologie, von der Klinik für Neurochirurgie der Klinik M.____ mit Bericht vom 20. Mai 2009 (Urk. 8/231-234) ein Zusammenhang zwischen den angegebenen Beschwerden und den unspezifischen (hinsichtlich Grösse und Anzahl dem Normbereich entsprechenden) subkortikalen gliotischen Veränderungen verneint und stattdessen ein Verdacht auf eine "Migräne accompagnée" formuliert; als diesbezügliche Prophylaxe (und zur gleichzeitigen Therapie eines essentiellen Kopftremors) wurde unter anderem (Rezeptur von Sirdalud als zentrales Myotonolytikum) die Behandlungsfortsetzung mit hochdosiertem Magnesium empfohlen.

Am 8. Oktober 2009 nahmen die E.____-Gutachter zu den im Rahmen des Einspracheverfahrens neu aufgelegten Arztberichten Stellung. Sie führten aus, dass es bei den nachgereichten Berichten aus dem Jahr 2009 im wesentlichen um die Nachkontrolle der im MRI vom 29. Juli 2008 von Dr. L.____ erhobenen Befunde gehe. Dieser habe damals den Verdacht auf eine umschriebene Stenosierung von zirka 30 % auf einer Strecke von 1 mm eines M1-Astes der A. cerebri media links und der kleinen subkortikalen Gliosen geäussert. Letztere seien im MRI vom 18. Mai 2009 unverändert gefunden und als unspezifisch angesehen worden. Von der vermuteten Stenosierung sei dagegen nichts mehr erwähnt worden. Die Dopplersonographie extra- und transkranial sei am 8. Mai 2009 als beidseits regelrecht beurteilt worden. Über eine einmalige, passagere rechtsseitige neurologische Symptomatik am 29. Juli 2008, die sich spontan zurückgebildet habe und bei der gleichentags erfolgten neurologischen Untersuchung keine Auffälligkeiten ergeben habe, sei von Frau Dr. O.____ berichtet worden. Der weitere Verlauf und die ergänzenden späteren Untersuchungen hätten somit den Verdacht von Dr. L.____, es könnte sich bei der vermuteten Stenosierung um eine vaskulitische Problematik handeln, entkräftet. Diese neuroradiologischen Befunde hätten nichts mit dem Unfall vom 15. Juli 2005 zu tun. Die Berichte der serbischen Ärzte (vgl. Urk. 8/183-186) würden schliesslich keine objektiven neuen Elemente bringen (Urk. 8/263-267).

3.1.9 PD Dr. F.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 19. Januar 2010 zu den beiden Gutachten vom 17. August 2007 (D.____) und vom 26. Februar 2009 (E.____) dafür, dass die aktuell geklagten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stehen würden, da nach dem Jahre 2007 keine Therapie erfolgt sei, welche die Schmerzen zum Verschwinden gebracht hätte. Er führte weiter aus, ob auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehe, müsse im Rahmen der juristischen Auseinandersetzung beantwortet werden (Urk. 12).

E. 3.2

3.2.1 Aus den vorstehend zitierten medizinischen Unterlagen ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des versicherten Unfallereignisses vom 15. Juli 2005 keine objektivierbaren strukturellen Verletzungen erlitten hatte. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Schmerzen, Druckdolenzen, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen und Verspannungen - wie sie von den behandelnden Ärzten beschrieben worden sind - für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil des EVG vom 3. August 2005, U 9/05, Erw. 4; Urteile des Bundesgerichts vom

qualifiziert werden (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 9. Oktober 2008, 8C_655/2008, Erw. 3 [Auffahrkollision vor einem Fussgängerstreifen mit einem delta-v von 10-15 km/h], vom 28. Juli 2008, 8C_141/2007, Erw. 5.4.2, vom 3. Juli 2007, U 419/06, Erw. 4.3 und vom 26. Januar 2007, U 408/05, Erw. 9 [Auffahrkollision auf Autobahn mit einem delta-v von 12-17 km/h]), ist auch das vorliegende zu beurteilende Unfallereignis als mittelschwer an der Grenze zu den leichten Unfällen zu qualifizieren. Die Adäquanz wäre somit zu bejahen, wenn entweder mindestens vier der massgebenden Kriterien oder eines in ausgeprägter Weise gegeben sind (Urteile des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_897/2009, Erw. 4.5, vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009, Erw. 5, und vom 2. Oktober 2009, 8C_421/2009, Erw. 5.8, mit Hinweisen).

Der zu beurteilende Unfall hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er von besonderer Eindringlichkeit. Er hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Die Diagnose eines Schleudertraumas, eines leichten Schädelhirntraumas oder einer schleudertraumatischen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Solche Umstände liegen gerade nicht vor (vgl. Urk. 9/6 [M6], 9/22 [M22] Beilage [Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals Z. ___ vom 15. Juli 2005]). Ebenso wenig liegt eine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor. Adäquanzrelevant können nur diejenigen Beschwerden sein, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss beziehungsweise der Rückfallmeldung ohne wesentlichen Unterbruch bestehen, wobei sich deren Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung beurteilt, welche die verunfallte Person in ihrem Lebensalltag erfährt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2008, 8C_768/2007, Erw. 4.2). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall eine mehrwöchige Ferienreise nach Serbien unternehmen konnte (Urk. 9/22 [M22] S. 16, 10/26: Polizeirapport vom 15. August 2005, S. 7) und ihr von den behandelnden Ärzten des Spitals B. ___ ab Austritt am 16. September 2005 eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden war (Urk. 9/3 [M3]). Ab jenem Zeitpunkt wurden sodann ausser Physiotherapie und Schmerzmedikation keine regelmässigen spezifischen Therapien respektive Rehabilitationen mehr durchgeführt; stattdessen fanden neben vereinzelt Notfallbehandlungen bloss noch Kontroll- und Abklärungsuntersuchungen statt. Bei dieser Sachlage kann jedoch nicht von einer fortgesetzten und spezifisch belastenden ärztlichen Behandlung gesprochen werden (vgl. etwa SVR 2007 UV Nr. 26 Erw. 5.3). Eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht. Die D. ___-Gutachter hielten ausserdem bereits in ihrem Gutachten vom 17. August 2007 dafür, dass der Beschwerdeführerin in jenem Zeitpunkt eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % zumutbar gewesen sei und die Einschränkung gegenüber einem höheren Pensum aus einer seit dem Unfall eingetretenen Dekonditionierung bestehe (Urk. 9/13 [M13] S. 15). Vor dem Hintergrund, dass die geklagten Beschwerden nicht auf eine strukturelle Schädigung der HWS oder des Nervensystems zurückgeführt werden konnten (Urk. 9/13 [M13] S. 14 f.), sind die Kriterien des schwierigen Heilungsverlaufs, der erheblichen Komplikationen und

Beschwerden sowie der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen nicht erfüllt.

Da keines der relevanten Kriterien erfüllt ist, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 15. April 2008 geklagten Beschwerden und dem versicherten Unfallereignis zu verneinen.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin für die noch geklagten Beeinträchtigungen mangels adäquaten Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Unfallereignis (spätestens) ab dem 15. April 2008 nicht (mehr) leistungspflichtig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft, unter Beilage der Doppel von Urk. 11 und 12

- Bundesamt für Gesundheit

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.