

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00442 vom 17. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00442

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00442 du 17 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00442 del 17 maggio 2011

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin stufte beide Auffahrunfälle als mittlere, an der Grenze zu den leichten liegende Unfallereignisse ein und verneinte die - gemäss BGE 115 V 133 geprüfte - Adäquanz (Urk. 2 S. 7 f. Erw. 3). Auch ein am 3. August 2010 zuhanden des Haftpflichtversicherers erstattetes Gutachten (vgl. Urk. 17/1) bestätigte das Fehlen unfallkausaler Beeinträchtigungen (Urk. 16).

2.2 Die Beschwerdeführerin wandte dagegen in ihrer Beschwerde ein, die Adäquanzprüfung sei zu früh erfolgt (Urk. 1 S. 3 ff.).

Im Rahmen der Referentenaudienz (Urk. 21/1) wies sie zusätzlich auf einen erlittenen Zahnschaden hin (S. 2 f. Ziff. 1). Im von der Beschwerdegegnerin angeführten Gutachten werde ein Schädel-Hirn-Trauma verneint, dies jedoch ohne Plausibilität (S. 2 f. Ziff. 2). Weiter äusserte sie sich - kritisch - zur psychiatrischen Beurteilung im Gutachten (S. 4 ff. Ziff. 4). Die Adäquanzkriterien seien erfüllt, wobei deren drei genügen würden, da der erste Unfall als mittelschwer einzustufen sei (S. 7 Ziff. 6). Schliesslich machte sie geltend, die Adäquanz sei gemäss BGE 134 V 109 zu prüfen (Prot. S. 3 Mitte).

2.3 Strittig und zu prüfen ist, ob zwischen den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (April 2009) noch vorhandenen Beschwerden und den 2007 erlittenen Auffahrunfällen ein rechtsgenügender Kausalzusammenhang besteht.

Nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids - und damit des vorliegenden Verfahrens - ist die Leistungspflicht im Zusammenhang mit einem allfälligen unfallbedingten Zahnschaden. Diesbezüglich liegt eine Kostengutsprache der Beschwerdegegnerin vom 23. Dezember 2009 für eine Oberkiefer-Prothese (Urk. 21/2) vor; soweit die Beschwerdeführerin darüber hinausgehende Leistungen für angezeigt hält (vgl. Urk. 21/1 S. 1 f. Ziff. 1), hat sie dies der Beschwerdegegnerin anzumelden.

E. 3

Status nach Auffahrunfall 1. März 2007

- posttraumatische Angststörung

Anamnestisch wurden (45 Minuten nach dem Unfall) unter anderem Schmerzen über dem linken Unterbauch, eine unklare Bewusstlosigkeit sowie ein Wert von 15 auf der Glasgow Come Scale (GSC) festgehalten (S. 1 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine biomechanische Kurzbeurteilung vom 12. Oktober 2007 (Urk. 11/20/2-6) ergab eine GeschwindigkeitsÄnderung innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h (S. 2 oben). Angesichts der zirka sechs Wochen zuvor erfahrenen HWS-Belastung als biomechanische Besonderheit und Abweichung vom Normalfall (S. 2 unten) seien die anschliessend an das Ereignis festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde eher erklärbar. Die Entstehung einer Hirnerschütterung sei aber keineswegs nachvollziehbar (S. 3 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einem späteren Zeitpunkt wurde die kollisionsbedingte GeschwindigkeitsÄnderung mit 5.7 bis 9.8 km/h angegeben (vgl. Urk. 21/1 S. 4 oben).

3.4 Ä Ä Ä Ä Am 30. Januar 2008 berichtete Dr. med. A.____, Allgemeinmedizin FMH (Urk. 10/59), die Beschwerdeführerin habe am 14. Juli 2007 ein Kind geboren. Sie sei ab dem 8. Oktober 2007 wieder zu 50 % arbeitsfähig gewesen, habe infolge Mutterschaftsurlaub und Ferien aber effektiv erst ab 15. Dezember 2007 zu 50 % gearbeitet. Am 17. Januar 2008 habe sie die Arbeit wieder voll aufgenommen, nach 10 Tagen aber wegen massiver Schmerzen erneut unterbrochen (Ziff. 2a). Ein MRI der HWS (vgl. Urk. 10/58) habe ausser einer minimalen Osteochondrose C5/6 normale Befunde ergeben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 20. März 2008 berichtete Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Neurologie, über seine seit Januar 2008 stattfindende Behandlung der Beschwerdeführerin (Urk. 10/73 = Urk. 11/43). Er führte aus, emotional und neuropsychologisch gebe es keinen Hinweis auf krankhafte Veränderungen (S. 1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach den Akten habe eine Beschleunigung des Kopfes in sagittaler Richtung insgesamt dreimal stattgefunden; diese Einwirkungen hätten sich nach dem zweiten Unfall kumuliert (S. 2 Mitte). In der Folge sei es auch zu einer offenbar traumatisch ausgelösten Migräne - einer reinen Unfallfolge - gekommen, durch welche die Schmerzen des traumatischen Zervikalsyndroms aufrecht erhalten würden (S. 2).

3.5 Ä Ä Ä Ä Am 8. April 2008 berichtete Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie, über seine Untersuchung der Beschwerdeführerin (Urk. 10/78 = Urk. 11/45).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ führte aus, durch die beiden Heckauffahrkollisionen habe weder für die Schwangerschaft eine Gefahr bestanden noch hätten die somatischen Abklärungen betreffend Wirbelsäule, Schädel und Abdomen wesentliche pathologische Veränderungen ergeben. Ein Zahnschaden sei beurteilt und behandelt worden. Neurologisch seien keine neurogenen Schädigungen festgestellt worden. Die andauernde Kopfschmerzsymptomatik sei als Migräneproblematik angegeben worden und nach dem Unfall aufgetreten; diese Beurteilung könne er weder vom Kopfschmerzverlauf noch von der Ursache her nachvollziehen (S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Allerdings sei die psychische Alteration hervorstechend mit einerseits einer depressiven, ruhigen, zurückhaltenden, weinerlichen, unsicheren Grundstimmung und andererseits wach, orientiert, in den Antworten adäquat, freundlich, aufgeschlossen, dann aber auch sehr theatralisch und appellierend (S. 4 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend hielt Dr. C.____ fest, somatische Verletzungen seien nach dem Unfallereignis keine festgestellt worden. Während der heutigen Untersuchung hätten nicht einmal Verspannungen oder Bewegungseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule bestanden. Aufgrund der Verlaufsakten und der

Untersuchungsbefunde können er keine somatischen Unfallfolgen eruieren. Im neurologischen Bericht werde eine Migräne, trotz atypischem Verlauf mit Dauerkopfschmerzen, als unfallbedingt eingeordnet; dies müsse fachneurologisch noch einmal bewertet werden. Weder Migräne noch die Dauerkopfschmerzen okzipital können er mit den Unfallereignissen in Übereinstimmung bringen. Es beständen sogenannt typische HWS-Symptome (Kopfschmerzen, unbestimmte Sensibilitätsstörungen, Ermüdbarkeit, Nervosität, Vergesslichkeit, Stimmungs labilität, Kraftlosigkeit); ob diese im Zusammenhang mit dem Unfallereignis einzuordnen seien, sei medizinisch nicht verifizierbar und allenfalls administrativ über die Adäquanz zu präfen (S. 5 unten).

Î Î Î Î Î Î Î Î Î In Abhängigkeit der natürlichen Kausalität der Beschwerden zum Unfallereignis sei eigentlich somatisch keine Arbeitsunfähigkeit gegeben. Aus psychischen Gründen sei die Beschwerdeführerin zurzeit nicht arbeitsfähig (S. 6 oben).

3.6 Î Î Î Î Am 20. Mai 2008 berichtete Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, über seine Behandlung der Beschwerdeführerin (Urk. 10/84 = Urk. 10/87/2). Er führte aus, diagnostisch handle es sich um eine emotionale, depressiv-ängstliche Anpassungsstörung nach zwei Schleudertrauma-Unfällen (März und April 2007) mit dementsprechendem somatischen Whiplash-Syndrom, kognitiv-mnestischen Defiziten, sowie einer leichten PTBS-Restsymptomatik (S. 2 oben). Therapeutisch sei neben der medikamentösen Behandlung eine Gruppentherapie indiziert und bevorstehend, eigentlich wäre aber eine intensive stationäre Behandlung angezeigt (S. 2 Mitte).

3.7 Î Î Î Î Am 31. Mai 2008 berichtete Dr. B. ____, über seine erneute neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin (Urk. 10/85). Er führte aus, es gebe keinen Hinweis auf neuropsychologische Defizite, erwähnte eine gedrückte Stimmung und bezeichnete die Motorik, Koordination und Feinmotorik der Hände als ohne objektiv fassbare Ausfälle (S. 1 unten).

Î Î Î Î Î Î Î Î Î Im Bereich der Halswirbelsäule sei die aktive und passive Rotation aus allen Positionen durchführbar, mit muskulärem Widerstand in der Endphase. Als objektiv feststellbar dürfe eine exquisite Druckdolenz links suboccipital gelten (S. 2).

Î Î Î Î Î Î Î Î Î Er hielt einen Status nach mehrmaliger Distorsion der Halswirbelsäule mit posttraumatischen chronischen Spannungstyp-Kopfschmerzen fest. Die genannte Druckdolenz sei ein objektives Zeichen des residualen Zervikalsyndroms, daneben bestehe ein ängstlich-depressives Syndrom (S. 2 Mitte). Die Kombination solcher Nacken- und Kopfschmerzen mit migräneartigen Exazerbationen nach HWS-Traumata sei in seiner jetzt 42 Jahre lang geführten Spezialpraxis für Kopfschmerzen immer wieder vorgekommen und auch immer wieder von Versicherungen und für sie arbeitenden Ärzten gezielt ignoriert worden (S. 2 unten).

Î Î Î Î Î Î Î Î Î Eine im Mai 2008 erstellte craniozerebrale Computertomographie ergab unauffällige Befunde (Urk. 10/113/2). Eine im Juli 2008 durchgeführte neurophysiologische Abklärung ergab unauffällige Neurographien und Kurz-EMG sowie unauffällige motorisch evozierte Potentiale zu den Armen (Urk. 10/96). Die Messung der somatosensorischen evozierten Potentiale (SEP) ergab ebenfalls keine Auffälligkeiten (Urk. 10/109/2).

3.8. Gemäss Bericht vom 3. Juni 2008 des Medizinischen Zentrums E. trat die Versicherte dort in ein tagesklinisches 8-Wochen-Rehabilitationsprogramm ein, wobei als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine mittelgradige depressive Episode und ein Status nach 2maliger HWS-Distorsion genannt wurden (Urk. 10/87/1).

3.9. Dr. med. F., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 26. August 2008 (Urk. 10/107), dass er die Beschwerdeführerin seit dem 28. Juni 2008 14-tägig behandle und stellte folgende Diagnosen (S. 1):

- Ängstlich-depressives Zustandsbild Angst/Depression gemischt
- posttraumatische Belastungsstörung
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Dr. F. führte aus, unter verschiedenen - einzeln genannten - Aspekten zeige sich ein schwerstes depressives Zustandsbild (S. 1 unten).

Der Hausarzt Dr. A. nannte in seinem Bericht vom 7. September 2008 als Diagnosen ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma mit Distorsion der HWS, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine somatoforme Schmerzstörung; der ursprünglich wegen des Kleinkinds nicht durchführbare Klinikaufenthalt wäre jetzt möglich (Urk. 10/113).

Der Neurologe Dr. B. fasste am 1. Oktober 2008 die - unauffälligen - Befunde der Bildgebung zusammen, empfahl nachhaltig einen stationären Aufenthalt und bekräftigte seine Ansicht, wonach es sich beim Krankheitsbild der Beschwerdeführerin ausschliesslich um Folgen der beiden Unfälle handle, obwohl erklärende Strukturläsionen nicht gefunden werden konnten (Urk. 10/119).

3.10. Kreisarzt Dr. C. äusserte sich am 7. Oktober 2008 gestützt auf die vorhandenen Akten zur Frage der natürlichen Kausalität (Urk. 10/120 = Urk. 11/48).

Er führte aus, im Bereich der Wirbelsäule, der Arme und des Schädels hätten keine somatischen pathologischen Befunde erhoben werden können (S. 1). Psychiatrischerseits seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine mittelgradig depressive Episode festgestellt worden. Anlässlich des Unfallereignisses sei kein Kopftrauma dokumentiert; obwohl in ärztlichen Berichten eine Comotio cerebri angegeben sei, seien die Kriterien für diese Diagnose nicht erfüllt (S. 1 unten).

Er gelangte - aus näher dargelegten Gründen (S. 2 oben) - zur Schlussfolgerung, vom Verlauf, vom Unfallmechanismus und von der durch fachärztliche Untersuchungen bestätigten pathologisch-anatomischen Situation her bestehe kein Zusammenhang zwischen den Unfallereignissen vom März und April 2007 und den angegebenen Beschwerden (S. 2 Mitte). Zur psychiatrischen Situation sei fachärztlich Stellung zu nehmen, die unfallanalytischen Gutachten und die typische HWS-Symptomatik seien administrativ-juristisch zu bewerten (S. 2).

3.11. Am 18. November 2008 äusserte sich der behandelnde Psychiater zum noch immer bevorstehenden Klinikaufenthalt, wobei er als Symptome Nackenschmerzen, permanente Kopfschmerzen und Rückenschmerzen sowie Schmerzen in der linken Körperhälfte nannte (Urk. 10/122).

3.12 Am 27. November 2008 erstattete Kreisarzt Dr. med. G., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine Beurteilung anhand der ihm vorliegenden Akten (Urk. 10/125 = Urk. 11/49).

Er fasste zusammenfassend aus, es finde sich seit dem ersten Unfallereignis eine Angstproblematik, die einerseits im Rahmen einer Anpassungsstörung, andererseits im Rahmen eines ängstlich-depressiven Zustandsbilds gesehen worden sei (S. 5 Mitte). Sodann fasste er aus, aus welchen Gründen sich die in den Akten genannte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht stellen lasse (S. 5 unten).

Insgesamt lasse sich festhalten, dass sich nach dem Unfall ein erhebliches, durch eine Angstproblematik und eine depressive Symptomatik geprägtes, psychisches Leiden entwickelt habe (S. 6 Mitte).

3.13 Am 12. März 2009 erstattete Dr. F. der Invalidenversicherung einen Bericht (Urk. 21/6 = 10/152/3). Dabei hielt er eine zurzeit fast vollständige Arbeitsunfähigkeit fest (S. 2 oben) und nannte die gleichen Diagnosen wie im August 2008 (Urk. 10/152/2).

Dr. G. erstattete am 8. April 2009 eine weitere Beurteilung (Urk. 10/147). Dabei ging es darum, dass Dr. H. vom Medizinischen Zentrum E. mitgeteilt hatte, er könne die Beschwerdeführerin nicht mehr behandeln; es sei ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik angezeigt (S. 1 unten). Dr. G. fasste aus, bezüglich der Angstproblematik und der depressiven Symptomatik könne von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung erwartet werden. Die nun von Dr. H. geschilderte psychopathologische Symptomatik sei davon deutlich verschieden und ohne Bezug zum früheren Unfall (S. 2 oben).

3.15 Am 4. Mai 2009 nahm Dr. F. zur anspruchsverneinenden Verfolgung der Beschwerdegegnerin vom 9. April 2009 Stellung (Urk. 21/5).

Gemäss Bericht vom 19. Mai 2010 des Medizinischen Zentrums E. (Urk. 21/4) absolvierte die Beschwerdeführerin dort vom 4. Januar bis 2. März 2010 ein tagesklinisches Rehabilitationsprogramm, wobei die gleichen Diagnosen gestellt wurden wie im Juni 2008 (S. 1 Mitte).

3.16 Am 3. August 2010 erstattete Dr. med. I., Innere Medizin FMH, ärztlicher Leiter Zentrum J. (J.), ein Gutachten im Auftrag des beteiligten Haftpflichtversicherers (Urk. 17/1). Das Gutachten stützte sich auf die vorhandenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 16 ff.) sowie vom 12. bis 14. April 2010 erfolgte Untersuchungen aus internistischer (S. 19), rheumatologischer (S. 19 ff.), neurologischer (S. 22 ff.), neuropsychologischer (S. 26 ff.) und psychiatrischer (S. 29 ff.) Sicht.

Als von der Beschwerdeführerin aktuell angegebene Beschwerden wurden genannt: Kopf, brutal, Nacken, Arme, Brust, Nacken, Rücken, ganzer Körper; an erster Stelle seien der Kopf- und Nackenschmerz (S. 17 Mitte).

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine gestellt (S. 32 Ziff. 6.1); als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (S. 32 f. Ziff. 6.2):

- dissoziative Störung, gemischt
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- bei eingeschränkter Untersuchbarkeit in der Folge der ausgeprägten psychischen Störung formal schwergradige Leistungseinbußen auf dem Boden einer möglicherweise echten maximal leicht- bis mittelgradigen neuropsychologischen Funktionsstörung
- Status nach Verkehrsunfall am 1. März 2007 mit/bei
- Status nach HWS-Distorsion Grad II
- Status nach Verkehrsunfall am 19. April 2007 mit/bei
- Status nach HWS-Distorsion Grad I

Nach erfolgter Konsensbesprechung (vgl. S. 33) wurde im Gutachten ausgeführt, infolge der beiden Auffahrunfälle habe sich ein als absolut therapierefraktär beschriebenes Zervikalsyndrom ausgebildet (S. 34 unten). In der weiteren Folge sei es zu einer ausgeprägten Chronifizierung der initialen Beschwerden mit zunehmender Schmerz- und Symptomausweitung auf andere Körperregionen und Funktionen gekommen (S. 35 oben).

Heute stehe ganz klar eine psychische Fehlverarbeitung im Vordergrund. Die entsprechenden Diagnosen führten zwar zu einer subjektiven Beeinträchtigung, die von der Beschwerdeführerin aus sehr demonstrativ dargelegt und gezeigt werde. Dabei zeigten sich auch erhebliche Diskrepanzen in der Präsentation der Symptome, die den Verdacht auf einen durchaus bewusstseinsnahen manipulativen Aspekt im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes nahe legten. Die Störung sei nicht als derart gravierend zu erachten, dass eine Überwindung nicht zumutbarerweise erwartet werden könnte (S. 36 Mitte).

Insgesamt könne für das Vollbild der heute gezeigten Beschwerden und für die aktuell feststellbaren Befunde eine Unfallkausalität weder für den ersten noch für den zweiten Unfall auch nur mit annähernder Wahrscheinlichkeit festgehalten werden (S. 36 unten).

E. 4

4.1 Die medizinischen Beurteilungen stimmen dahingehend ausnahmslos überein, dass den von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden kein objektivierbares organisches Substrat im Sinne von strukturellen Läsionen zuzuordnen ist.

Sie stimmen ferner, mit einer Ausnahme, dahingehend überein, dass keine somatischen Leiden, sondern psychische Beeinträchtigungen festgestellt und diagnostiziert wurden. Die Ausnahme bildet der Neurologe Dr. B., der Nacken- und Kopfschmerzen mit migräneartigen Exazerbationen festhielt und diese als unfallkausal beurteilte (vorstehend Erw. 3.4 und 3.7). Die von ihm dafür angeführte Begründung - Praxiserfahrung von 42 Jahren Dauer - allerdings kann nicht als substantiiert und überzeugend bezeichnet werden. Dies gilt umso mehr, als seine erneute Beurteilung auf Veranlassung des Kreisarztes erfolgt war, der die von ihm postulierte Unfallkausalität nicht nachvollziehen konnte (vorstehend Erw. 3.5). Bei dieser Sachlage fehlt es an einem mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Nacken- und Kopfschmerzen und den stattgefundenen

Unfällen.

4.2. Vom behandelnden Psychiater und vom Hausarzt (vorstehend Erw. 3.9) sowie in den Berichten des Medizinischen Zentrums E.____ (vorstehend Erw. 3.8 und 3.15) wurden ausschliesslich psychiatrische Diagnosen gestellt. Auch gemäss dem 2010 erstellten J.____-Gutachten stand ganz klar eine psychische Fehlverarbeitung im Vordergrund (vorstehend Erw. 3.16).

Gemäss der kreisärztlichen psychiatrischen Beurteilung fand sich eine Angstproblematik (Anpassungsstörung / ängstlich-depressives Zustandsbild) seit dem ersten Unfallereignis (vorstehend Erw. 3.12).

Vor diesem Hintergrund ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin zwar HWS-Distorsionen erlitten hat und auch einzelne der von der Rechtsprechung als «typisch» definierten Symptome genannt worden sind (vorstehend Erw. 3.5), dass diese im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund getreten sind. Demzufolge ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den Beschwerden im strittigen Zeitpunkt der Leistungseinstellung (April 2009) und den im März / April 2007 erlittenen Auffahrunfällen gemäss der mit BGE 115 V 133 begründeten Praxis zu prüfen (vgl. vorstehend Erw. 1.3).

4.3. Die Beschwerdeführerin wies zur Begründung ihres Standpunkts, die Adäquanzbeurteilung sei «eindeutig zu früh» vorgenommen worden (Urk. 1 S. 6 Ziff. 10), darauf hin, dass in - einzeln genannten - ärztlichen Berichten weitere Behandlungsvorschläge (insbesondere ein stationärer Aufenthalt) gemacht wurden (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 5 ff.).

Entscheidend ist jedoch nicht, ob bezogen auf die gesamte gesundheitliche Situation noch therapeutisches Potential anzunehmen ist, sondern ob mit Bezug auf die unfallkausalen Beschwerden ein medizinischer Endzustand erreicht ist.

Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass überhaupt, und vorliegend über 2 ½ Jahre nach den Unfallereignissen, eine Adäquanzprüfung stattfindet, dies umso mehr, als sich aus ihr ergibt, dass sich die ins Feld geführten ärztlichen Behandlungsempfehlungen gerade nicht auf unfallkausale Beeinträchtigungen beziehen. Würde nicht so verfahren, so bestünde eine fortgesetzte Leistungspflicht des Unfallversicherers bis zum Erreichen des medizinischen Endzustands in jeglicher Hinsicht, also auch bezogen auf Beeinträchtigungen, bei denen die Adäquanzprüfung, wäre sie erfolgt, ergeben hätte, dass sie gar nicht unfallkausal sind.

Der beschwerdeweise erhobene Einwand erweist sich aus diesen Gründen als nicht stichhaltig.

4.4. Hinsichtlich der Schwere der Unfallereignisse ist auf die gefestigte Praxis zu verweisen, wonach Auffahrkollisionen, bei welchen das Auto vor einem Fussgängerstreifen oder Lichtsignal stillsteht, regelmässig als mittelschweres, an der Grenze zu den leichten Unfällen liegendes - und in gewissen Fällen als leichtes - Ereignis qualifiziert werden (SVR 2010 UV Nr. 10 Erw. 4.2.2).

Sowohl beim Auffahrunfall vom März 2007 (vorstehend Erw. 3.1) als auch bei jenem vom April 2007 (vorstehend Erw. 3.3) befand sich das Fahrzeug, in welchem die Beschwerdeführerin sass, im Stillstand.

Beide sind deshalb als mittlere, an der Grenze zu einem leichten Unfall liegende, Ereignisse einzustufen.

4.5 Von besonders dramatischen Begleitumstände oder einer besonderen Eindrücklichkeit kann bei beiden Unfällen - denkbar alltägliche Auffahrkollisionen - keine Rede sein.

Gemäss den diesbezüglich vollkommen überstimmenden ärztlichen Beurteilungen haben die beiden Auffahrunfälle zu keinen strukturellen Läsionen geführt. Damit kann hinsichtlich der erlittenen Verletzungen keine besondere Schwere oder Art festgestellt werden. Auch dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin im Unfallzeitpunkt schwanger und dementsprechend in Sorge gewesen ist, kann nicht eine Eignung zugesprochen werden, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, nachdem die Auffahrunfälle die Schwangerschaft glücklicherweise nicht beeinträchtigt haben und einige Wochen später ein gesundes Kind zur Welt gekommen ist.

Die aktenkundige ärztliche Behandlung bezog sich spätestens seit Mai 2008 (vgl. vorstehend Erw. 3.6) auf die psychischen Beeinträchtigungen und die in diesem Zusammenhang gestellten Diagnosen. Bezüglich der somatischen Seite kann somit nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der Behandlung gesprochen werden.

Stellt man auf die Angaben der Beschwerdeführerin ab, so ist das Bestehen körperlicher Dauerschmerzen zu bejahen. Allerdings muss offen bleiben, in welchem Umfang es gerade die psychische Problematik ist, welche diese Schmerzen unterhält. Das entsprechende Kriterium kann deshalb nur ansatzweise - und klar nicht in ausgeprägter Weise - als erfüllt erachtet werden.

Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte oder auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen gibt es keine. Diese Kriterien sind nicht erfüllt.

Da hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit nur auf Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit abzustellen ist, ist das entsprechende Kriterium nicht erfüllt: Ab Oktober 2007 wäre die Beschwerdeführerin wieder zu 50 % arbeitsfähig gewesen, ab Mitte Januar 2008 nahm sie - vorübergehend - ihre Arbeit wieder zu 100 % auf (vorstehend Erw. 3.4). Aus den weiteren Arztberichten ergibt sich, dass der weitere Verlauf ab diesem Zeitpunkt zunehmend, wenn nicht gar ausschliesslich, durch die psychische Problematik bestimmt war, so dass die späteren Arbeitsunfähigkeiten nicht berücksichtigt werden können.

4.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass von den massgebenden Kriterien ein einziges, und dies nur ansatzweise, erfüllt ist. Bei der gegebenen Schwere der Unfallereignisse (vorstehend Erw. 4.4) genügt dies für die Bejahung eines adäquaten Kausalzusammenhanges nicht.

Demnach fehlt an der Adäquanz zwischen noch bestehenden Beschwerden und den erlittenen Auffahrunfällen. Der angefochtene Entscheid und die damit erfolgte Leistungseinstellung sind mithin nicht zu beanstanden.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Bruno Häfliger

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- 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.