

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00203 vom 30. Januar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00203

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00203 du 30 janvier 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00203 del 30 gennaio 2013

Erwägungen

E. 1

1.1???? Am 25. beziehungsweise 26. Oktober 2003 kollidierte die 1984 geborene X.____ als Lenkerin eines Personenwagens mit einem VBZ-Bus. Gemäss dem von Hausärztin Dr. med. Y.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Gastroenterologie, am 27. Oktober 2003 erstellten Röntgenbild der Halswirbelsäule (HWS) bestanden keine pathologischen Befunde (ärztliches Zeugnis vom 6. Dezember 2010 [Urk. 10/209 Beilage = 2/3/13]).

???????? Am 7. Februar 2005 erlitt X.____ auf der Autobahn einen Heckauffahrunfall (vgl. Unfallmeldung an Winterthur Versicherungen vom 9. Februar 2005 [Urk. 10/202 Beilage] und 'Unfallanalytisches Kurzgutachten' der AXA Winterthur vom 4. Februar 2011 mit Angabe einer 'kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung (Delta-v)' von etwa 6 bis 13 km/h [in Urk. 10/209]), bei welchem X.____ sich gemäss ärztlichen Diagnosen eine HWS-Distorsion sowie eine Commotio cerebri zuzog (Bericht von med. pract. Z.____, Kantonsspital A.____, vom 7. Februar 2005 [Urk. 2/3/7] und Bericht von med. pract. B.____, Interdisziplinäres Notfallzentrum, Kantonsspital A.____ [Urk. 10/103 M13 = Urk. 2/3/6]).

???????? Am 4. Oktober 2007 war X.____ erneut in einen Auffahrunfall verwickelt (Heckkollision, vgl. Unfallmeldung vom 9. Oktober 2007 [Urk. 10/1] und Unfallanalyse der Zurich Versicherung vom 18. Februar 2008 mit Angabe eines Delta-v des PW X.____ von 10,9 bis 17,0 km/h [Urk. 10/53 S. 7]). Die Hausärztin Dr. Y.____ diagnostizierte in der Folge eine HWS-Distorsion (ärztlicher Zwischenbericht vom 22. November 2007 [Urk. 10/5]). X.____ war zu dieser Zeit arbeitslos und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) versichert, welche in der Folge die gesetzlichen Leistungen erbrachte (vgl. Urk. 10/214 = 2/2, S. 2 lit. A). Schliesslich stürzte die Versicherte am 26. Januar 2008 zu Hause eine Treppe hinunter (vgl. Telefonnotiz vom 28. Januar 2008 [Urk. 10/43]).

1.2???? Mit Verfügung vom 26. Oktober 2010 (Urk. 10/192) verneinte die SUVA den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 4. Oktober 2007 und stellte ihre Versicherungsleistungen per 15. November 2010 ein. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 13. Mai 2011 fest (vgl. nachstehende E. 2.2; Urk. 10/214 = 2/2).

E. 1.5

1.5.1?? 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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.5.2

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 Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 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 Eindrücklichkeit 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 Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung 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 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

1.6???? Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädels-Hirn-Traumas (BGE 117 V 369 f. E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

1.7???? 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 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 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

1.8???? Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a S. 414).

???????????

E. 2

2.1???? Streitig ist, ob für die Zeit ab dem Datum der Leistungseinstellung (15. November 2010) ein Gesundheitsschaden auszumachen ist, der in natürlich und adäquat kausaler Weise auf den Unfall vom 4. Oktober 2007 zurückzuführen ist. In Bezug auf Ansprüche aus dem Unfall vom 26. Januar 2008 fehlt es an einem Anfechtungsobjekt, da die Beschwerdegegnerin einzig über künftige Ansprüche aus dem Unfall vom 4. Oktober 2007 entschieden hat (vgl. Urk. 2/2 S. 3 Ziff. 1, Urk. 2/2 S. 14 lit. d). Insoweit ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin verneinte den natürlichen Kausalzusammenhang hinsichtlich der pathologischen Befunde an der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie insbesondere die adäquate Unfallkausalität der weiterbestehenden Kopfschmerzen sowie des Zervikalsyndroms beziehungsweise der Nackenschmerzen, für welche nach ihrer Ansicht (ebenfalls) kein

unfallbedingtes organisches Substrat objektiviert werden konnte (Urk. 2/2 S. 7 f.). Im angefochtenen Entscheid ging die Beschwerdegegnerin ausserdem davon aus, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 4. Oktober 2007 nicht das typische Beschwerdebild nach HWS-Trauma aufgewiesen habe, weshalb nicht die sogenannte Schleudertrauma-, sondern die Psycho-Rechtsprechung Anwendung finde. Von den nach dieser Rechtsprechung massgebenden Adäquanzkriterien sei keines erfüllt. Und selbst dann, wenn man die Schleudertrauma-Rechtsprechung für anwendbar hielte, müsste die Adäquanz verneint werden (vgl. auch Beschwerdeantwort, Urk. 9 S. 5). In ihrer Duplik (Urk. 24) verwies die Beschwerdegegnerin auf die neu eingeholte Aktenbeurteilung von SUVA-Arzt Dr. F.____ vom 31. Oktober 2012 (Urk. 25).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen eine ungenügende Sachverhaltsermittlung geltend; insbesondere rügt sie das Fehlen eines objektiven interdisziplinären Gutachtens. Zudem verlangt sie, die Folgen der mehreren erlittenen Unfälle seien gemeinsam zu beurteilen (Urk. 2/1 S. 10 ff.) und bejaht den adäquaten Kausalzusammenhang der weiterbestehenden Beschwerden (Urk. 2/1 S. 17 f.). In ihrer Replik (Urk. 14) weist die Beschwerdeführerin sodann auf die neuen Berichte von Dr. C.____ vom 21. April 2011 (Urk. 15/2, vgl. auch Urk. 29/2) und von Dr. D.____ vom 29. März 2012 (Urk. 15/3) hin.

E. 3

3.1???? Nach der Kollision als PW-Lenkerin mit einem VBZ-Bus vom 25. beziehungsweise 26. Oktober 2003 konsultierte die Beschwerdeführerin am 27. Oktober 2003 ihre Hausärztin Dr. Y.____, welche auf den daraufhin erstellten Röntgenbildern der HWS keine pathologischen Befunde fand. Dr. Y.____ gab der Beschwerdeführerin einen Halskragen ab. Bei Dr. Y.____ fanden in der Folge keine weiteren Nachkontrollen statt (vgl. Bericht vom 6. Dezember 2010 [Urk. 10/209 Beilage]).

3.2???? Die nach dem Heckauffahrunfall auf der Autobahn vom 7. Februar 2005 erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals A.____ diagnostizierten eine HWS-Distorsion (Bericht vom 7. Februar 2005 [Urk. 10/103 M13 = 2/3/6], vgl. auch Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma des Airport Medical Center vom 7. Februar 2005 [Urk. 10/103 M18 = 2/3/5]).

3.3???? Die nachbehandelnde Hausärztin Dr. Y.____ hielt eine HWS-Distorsion und eine Commotio cerebri nach Auffahrunfall fest (Bericht vom 4. März 2005 [Urk. 10/103 M12 = 2/3/14]) und erklärte in ihrem Bericht vom 26. September 2005, die Beschwerdeführerin sei geheilt und seit 8. März 2005 zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 10/103 M14b = 2/3/15).

3.4???? Im Bericht des Kantonsspitals H.____ vom 16. November 2005 wurde die Diagnose eines zervikovertebralen, zervikospondylogenen Syndroms rechts, bei Status nach Auffahrkollision 02/05, muskulärer Dysbalance und Wirbelsäulenfehlform und Wirbelsäulenfehlhaltung aufgeklärt. Dabei wurde erklärt, im Vordergrund imponiere die myofasziale Dysbalance rechtsbetont bei Wirbelsäulenfehlhaltung und Wirbelsäulenfehlform, welche zeitlich und auch aus rheumatologischer Sicht im Zusammenhang mit dem Ereignis von Februar 2005 stehe. Die Arbeitsfähigkeit sei für eine geeignete Tätigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 10/103 M5).

3.5???? Nach dem weiteren Auffahrunfall (Heckkollision) vom 4. Oktober 2007 hielt die erstbehandelnde Dr. med. I.____, Assistenz-?rztin, Klinik f?r Unfallchirurgie, im Dokumentationsfragebogen f?r Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 4. Oktober 2007 anamnestisch Kopf- und Nackenschmerzen fest (ohne Schwindel, ohne ?belkeit und ohne Erbrechen [Urk. 10/3= 2/3/18]).

3.6???? Im Bericht des R?ntgeninstituts A.____ vom 23. Oktober 2007 wurde ein normales MRI der HWS beschrieben; insbesondere habe sich kein Nachweis von Frakturen oder discoligament?ren traumatischen Verletzungen ergeben (Urk. 10/7).

3.7???? Die ?rzte der Rheumaklinik und des Instituts f?r Physikalische Medizin und Rehabilitation des Kantonsspitals H.____ stellten nach ihrer Untersuchung vom 7. Dezember 2007 folgende Diagnosen (Bericht vom am 19. Dezember 2007, Urk. 10/29 = 10/103 M10):

- zervikovertebrales und -zephales rechtsbetontes Syndrom nach Unfall am 4. Oktober 2007
- HWS ap/seitlich, inkl. DENS-Aufnahme vom 04.10.07: Streckhaltung; MRI der HWS vom 23.10.07: kein Nachweis von Frakturen oder discoligament?ren traumatischen Verletzungen

- Panvertebralsyndrom mit rechtsbetonten Myogelosen im Ges?ss und Oberschenkel rechts

In ihrer Beurteilung hielten die ?rzte dieser Klinik fest, dass die Beschwerden im Rahmen muskul?rer Verspannungen nach dem Auffahrunfall vom 4. Oktober 2007 zu beurteilen seien. Es wurden Physiotherapie und die regelm?ssige Einnahme von Analgetika beziehungsweise Antidepressiva empfohlen.

3.8???? Am 10. Dezember 2007 wurde in der Rehaklinik J.____ ein ambulantes Assessment durchgef?hrt. Die Beschwerdef?hrerin beklagte Kopf-, Nacken- und R?ckenbeschwerden. Empfohlen wurde eine intensive ambulante Rehabilitation (Urk. 10/32).

3.9???? Dr. med. K.____, Oberarzt Rehaklinik J.____, hielt nach einer ambulanten Konsultation am 23. Januar 2008 einen Status nach HWS-Distorsion fest und erachtete eine Wiederaufnahme der T?tigkeit als Verk?uferin ab Anfang Februar in der Morgenschicht von 9 bis 14 Uhr als m?glich (Bericht vom 23. Januar 2008, Urk. 10/42).

3.10?? Am 26. Januar 2008 st?rzte die Beschwerdef?hrerin auf einer Treppe (vgl. Urk. 10/43). Gem?ss Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 7. August 2008 (in Urk. 10/91) bestand eine Sacrum-LWS-Kontusion.

3.11?? In der Biomechanischen Kurzbeurteilung vom 22. Februar 2008 der L.____ (Forschung, Biomechanik, Unfallrekonstruktion) ist festgehalten, an?sslich des dritten Unfalls habe sich kein Kopfanprall ereignet; es seien weder Bewusstlosigkeit noch Ged?chtnisst?rungen festgestellt worden. Schwindel, ?belkeit oder Erbrechen seien nicht aufgetreten, hingegen Kopf- und Nackenschmerzen nach etwa zehn Minuten. Es k?nne nicht entschieden werden, ob die von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde isoliert durch die Kollisionseinwirkung erkl?rbar seien (Beurteilung von Prof. Dr. med. M.____, Facharzt f?r Rechtsmedizin, Dr. med. N.____, Facharzt f?r Rechtsmedizin, und Dr. sc. techn. O.____, dipl. Ing. ETH; Urk. 10/56).

3.12?? Am 21. April 2008 erfolgten im Kantonsspital A.____ ein MRI der LWS und ein MRI des Beckens. Es wurde eine degenerative Ver?nderung L5/S1 festgestellt mit zumindest einer Diskusprotrusion. Posttraumatische H?henminderungen oder eindeutige posttraumatische oss?re Signalalterationen wurden verneint (Bericht vom 21. April 2008

[Urk. 10/88/1]).

3.13?? Mit Bericht vom 1. Juli 2008 best?tigte Dr. Y.____, dass die Beschwerdef?hrerin am 15. M?rz 2008 die Arbeit zu 50 % wieder aufgenommen habe (Urk. 10/88).

3.14?? Kreisarzt Dr. med. P.____ hielt am 8. August 2008 in einer Aktenbeurteilung fest, das MRI der LWS zeige m?ssige degenerative Ver?nderungen ohne Nachweis einer unfallkausalen strukturellen L?sion. Aufgrund der vorliegenden Befunde sowohl von Seiten der HWS als auch der LWS sei eine Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit nicht erkl?rbar (Urk. 10/91).

3.15?? Am 18. September 2008 untersuchte Kreisarzt Dr. P.____ die Beschwerdef?hrerin. In seinem Bericht vom gleichen Tag hielt er fest, dass in den bisher durchgef?hrten R?ntgenuntersuchungen keine Hinweise auf organisch-strukturelle L?sionen aufgrund des Traumas vom 4. Oktober 2007 gefunden worden seien. Die Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit der Beschwerdef?hrerin (von 50 %) f?r die gegenw?rtige, k?rperlich sehr leichte Arbeit sei somatisch nicht erkl?rbar. Unter begleitenden physiotherapeutischen Massnahmen sollte bis sp?testens Ende des Jahres eine ganzt?gige Arbeitsf?higkeit erreicht werden (Urk. 10/101).

3.16?? Dr. med. Q.____ f?hrte in seinem Bericht vom 3. Oktober 2008 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsst?rung (PTSD) auf. Die Beschwerdef?hrerin zeige folgende Symptome: Angst, flash-backs vom Unfall vom 4. Oktober 2007, geringe Belastbarkeit, dauernde Gereiztheit und sozialer R?ckzug (Urk. 10/106).

3.17?? Am 13. Februar 2009 untersuchte Dr. med. R.____, Facharzt FMH f?r Neurologie, die Beschwerdef?hrerin. Er fand keine Hinweise auf eine Sch?digung des zentralen oder peripheren Nervensystems und keine neurogenen Defizite; die Kopfschmerzen wiesen migr?niforme Merkmale auf, die ?brigen Schmerzen seien muskul?rer Natur (Urk. 10/122).

3.18?? Im R?ntgeninstitut 'S.____' wurde am 25. November 2009 ein MRI der LWS durchgef?hrt. Im Bericht vom gleichen Tag ist festgehalten, dass allseits intakte oss?re Strukturen vorliegen. Es habe sich eine Diskopathie L5/S1 mit dehydrierter sowie h?hengeminderter Bandscheibe mit leichten Osteochondrosen sowie Ausbildung einer Diskushernie ohne Kompression nervaler Strukturen gezeigt (Urk. 10/161).

3.19?? Die Psychologin T.____ best?tigte in ihrem Behandlungsbericht (vom 29. Januar 2010 (Urk. 10/167 = 2/3/8) die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsst?rung nach ICD-10 F43.1.

3.20?? Dr. med. U.____, Facharzt FMH f?r Innere Medizin, gab am 19. Februar 2010 folgende Diagnosen an (Urk. 10/173):

- massives Zervikalsyndrom rechts mit Par?sthesien im Oberarm rechts lateral bei Panvertebralsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion 2007
- lumbospondylogenes Syndrom und Diskopathie L5/S1
- chronische Kopfschmerzen, Mischform von Spannungstyp und Migraine

3.21?? Am 1. September 2010 berichtete Psychologin T.____, dass trotz rezidivierender PTSD-Symptomatik und chronischer Schmerzen der Verlauf der Psychotherapie als durchaus erfreulich zu bewerten sei (Urk. 10/189).

3.22?? Der SUVA-Arzt Dr. med. V.____, Versicherungspsychiatrischer Dienst, nahm in seiner Stellungnahme vom 14. September 2010 an, eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei nicht mehr möglich (Urk. 10/190, vgl. auch 10/168; siehe auch entsprechende Stellungnahme von Kreisarzt Dr. P.____ vom 3. März 2010, Urk. 10/174).

3.23?? In dem im vorliegenden Verfahren neu aufgelegten Bericht von Dr. C.____ vom 21. April 2011 wurden anamnestisch massive Dauerschmerzen sowohl im Bereich Schultergürtel/Nacken/Kopf als auch lumbal festgehalten; die Beschwerden seien bei praktisch allen Aktivitäten beziehungsweise Tätigkeiten vorhanden und alle Bewegungen würden schmerzen. Als Diagnosen nannte Dr. C.____ im Wesentlichen chronische zerviko-zepmale, zerviko-brachiale und lumbovertbrale Schmerzen (Urk. 15/2).

3.24?? In dem nach dem Einspracheentscheid erstellten Radiologie-Bericht von Dr. D.____ vom 29. März 2012 wurde als Befund insbesondere eine leichte Protrusion L5/S1 ohne Neurokompression genannt (MR der LWS, Urk. 15/3).

3.25?? In seiner Beurteilung von mehreren Röntgen- und MRI-Bildern der HWS und LWS hielt SUVA-Arzt Dr. F.____ am 31. Oktober 2012 fest, dass die Beschwerdeführerin bei keinem der fraglichen vier Unfälle zwischen 26. Oktober 2003 und 26. Januar 2008 einen strukturellen Schaden erlitten habe, speziell nicht an der HWS oder LWS. Aus dem Bericht von Dr. C.____ vom 21. April 2011 würden sich keine neuen Erkenntnisse ergeben; insbesondere einen strukturellen Schaden an der Wirbelsäule habe er nicht nachgewiesen. Die Hypothese einer unfallbedingten Inhibition beziehungsweise Atrophie der lokalen Stabilisatoren mit entsprechender Koordinationsstörung sei wissenschaftlich nicht anerkannt. Konkret handle es sich bei den vier Unfällen nur um leichte Kontusionen oder Distorsionen, welche nach allgemeiner Lebenserfahrung innert kurzer Zeit folgenlos abheilten. Auch das neue MRI der LWS von Dr. D.____ (vom 29. März 2012) beweise keine Unfallfolgen; es bestätige lediglich die bekannte Osteochondrose und Diskopathie L5/S1 entsprechend den früheren Bildern vom 21. April 2008 und 25. November 2009. Dieser konstitutionell degenerative Befund sei weder klinisch relevant noch unfallbedingt. Keines der fraglichen Ereignisse sei geeignet gewesen, den festgestellten Befund zu verursachen oder auch nur zu verschlimmern. An der Terminierung der Leistungen spätestens per 15. November 2010 sei deshalb festzuhalten (Urk. 25).

3.26?? Am 21. Dezember 2012 nahm Dr. C.____ Stellung zur Aktenbeurteilung von SUVA-Arzt Dr. F.____ und erklärte, das MRI von März 2012 zeige nur den aktuellen Befund und gebe keine Hinweise darauf, ob die fraglichen Veränderungen durch das versicherte Unfallereignis oder sonstwie aufgetreten seien. Doch stelle auch die Aussage von Dr. F.____, wonach der von ihm vermutete konstitutionell degenerative Befund klinisch nicht relevant sei, eine blosser Vermutung dar (Urk. 29/2).

E. 4

4.1???? Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war (BGE 130 V 140 E. 2.1 mit Hinweisen). Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin datiert vom 13. Mai 2011 (Urk. 2/2). Da sich der Bericht von Dr. D.____ vom 29. März 2012 (MR der LWS, Urk. 15/3), die Beurteilung von SUVA-Arzt Dr. F.____ vom 31. Oktober 2012 (Urk. 25) sowie die Stellungnahme von Dr. C.____ vom 21. Dezember 2012 (Urk. 29/2) jedoch auf die Situation vor dem Einspracheentscheid beziehen, sind sie grundsätzlich gleichwohl zu

berücksichtigen.

4.2???? In Bezug auf die lumbalen Rückenschmerzen (Urk. 10/171) beziehungsweise die im Radiologie-Bericht von Dr. D.____ festgehaltene leichte Protrusion L5/S1 ist aufgrund der nachvollziehbaren Beurteilung durch Kreisarzt Dr. P.____ (Urk. 8/91, 10/101) und SUVA-Arzt Dr. F.____ (Urk. 25) anzunehmen, ein weiterbestehender natürlicher Kausalzusammenhang der Beschwerden am lumbalen Wirbelsäulenabschnitt zum Unfallereignis bestehe nicht (vgl. auch Urk. 10/88/1, 10/122). Dabei vermögen die Zweifel von Dr. C.____, nach welchen über die Beschwerdeursachen nur gemutmasst werden können, die schlüssigen Beurteilungen der SUVA-Ärzte Dres. P.____ und F.____ nicht in Frage zu stellen. Die betreffenden Beurteilungen entsprechen sodann der konstanten Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. etwa Urteil 8C_396/2011 vom 21. September 2011 E. 3.2 mit Hinweisen), wonach nach derzeitigem medizinischen Wissensstand das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden kann, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss, und eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist.

4.3???? Was die von der Beschwerdeführerin geklagten Nacken- und Kopfschmerzen beziehungsweise das massive Zervikalsyndrom (Bericht von Dr. U.____ vom 19. Februar 2010, Urk. 10/173) beziehungsweise die chronischen zerviko-zephalen und zerviko-brachialen Schmerzen (Bericht von Dr. C.____ vom 21. April 2011, Urk. 15/2) anbelangt, besteht nach der nachvollziehbaren Beurteilung der SUVA-Ärzte (Urk. 10/101, 25) aufgrund diverser radiologischer Abklärungen ebenfalls kein unfallbedingtes organisch objektiv ausgewiesenes Substrat (vgl. etwa auch Angabe eines normalen MRI der HWS ohne Nachweis von Frakturen oder traumatischen Verletzungen im Bericht des Röntgeninstituts A.____ vom 23. Oktober 2007 [Urk. 10/7] bzw. von bloss muskulären Verspannungen nach dem Auffahrunfall vom 4. Oktober 2007 im Bericht der Ärzte der Rheumaklinik und des Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation des Kantonsspitals H.____ vom 19. Dezember 2007 [Urk. 10/29]). Im Weiteren stellen insbesondere Schmerzen, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen und Verspannungen für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat dar (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 9/05 vom 3. August 2005 E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2 sowie 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3 und 8C_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 3.2).

???????? Da in den medizinischen Akten ein Schleudertrauma der HWS angegeben (vgl. Urk. 10/5) und zum sogenannten typischen Beschwerdebild gehörende Beschwerden, namentlich ausstrahlende Kopf- und Nackenbeschwerden (vgl. Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma der erstbehandelnde Dr. I.____, Urk. 10/3), geklagt wurden, ist der anfängliche natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 4. Oktober 2007 und der festgestellten gesundheitlichen Störung nicht auszuschliessen (vgl. auch Urk. 10/56). Die Frage, ob zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Gesundheitsschaden ein weiterbestehender natürlicher Kausalzusammenhang anzunehmen ist, bedarf keiner abschliessenden Beantwortung. Denn auch wenn die natürliche Unfallkausalität der anhaltenden

Beschwerden zu bejahen sein sollte, fehlte es - wie die nachstehenden Erwägungen zeigen - an der für die Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs.

4.4.4.4. Ob es sich bei den geklagten psychischen Beschwerden um ein eigenständiges, nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführendes Krankheitsbild oder eine psychische Fehlentwicklung nach der schmerzhaft gewordenen degenerativen Veränderung der HWS handelt, oder aber um einen Teilaspekt des Schleudertraumas, welches durch ein komplexes und vielschichtiges Beschwerdebild mit eng ineinander verwobenen, einer Differenzierung kaum zugänglichen Beschwerden physischer und psychischer Natur gekennzeichnet ist, kann ebenfalls offen gelassen werden. Denn der entsprechende adäquate Kausalzusammenhang ist auch dann zu verneinen, wenn er statt nach der Psycho-Praxis gesamthaft nach der - für die versicherte Person günstigeren - Schleudertrauma-Praxis beurteilt wird (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_726/2010 vom 19. November 2010 E. 3.5.2).

4.5.4.4. Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 2/1 S. 18, Urk. 29/3, 28) erweist sich der medizinische Sachverhalt für die Belange der folgenden Beurteilung der Adäquanz als Rechtsfrage (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_89/2012 vom 10. Mai 2012 E. 6.3.2) als genügend geklärt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_797/2008 vom 19. März 2009 E. 4), weshalb die Beschwerdegegnerin auf weitere Abklärungen, namentlich auf die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens verzichten durfte und weshalb die von der IV-Stelle als notwendig erachtete polydisziplinäre Untersuchung nicht abgewartet zu werden braucht. Aufgrund der diversen fachärztlichen Berichte ist in antizipierter Beweiswürdigung anzunehmen, weitere medizinische Untersuchungen vermöchten am nachfolgend festgestellten Ergebnis nichts zu ändern (vgl. BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d).

E. 5

5.1.4.4. Die Adäquanzprüfung darf vorgenommen werden, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. Die namhafte Besserung bemisst sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109 E. 4.1 ff.). Das Erreichen des medizinischen Endzustandes ist gestützt auf die entsprechenden Stellungnahmen der SUVA-Ärzte Dres. P.____ (vom 3. März 2010, Urk. 10/174) und V.____ (vom 14. September 2010, Urk. 10/190) zu bejahen, weshalb eine Adäquanzprüfung auf den bestimmten Zeitpunkt (15. November 2010) zulässig ist.

5.2.4.4. Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Abhängig von der Unfallschwere sind je nach dem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 134 V 126 E. 10.1). Massgebend für die Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften. Die Beschwerdegegnerin hat den Unfall vom 4. Oktober 2007, bei welchem ein nachfolgender Peugeot in das Heck des von der Beschwerdeführerin gelenkten VW Golf fuhr (vgl. Urk. 10/1, 10/56), den leichten und eventuell den mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zugerechnet (Urk. 2/2 S. 13 am Anfang). Die Beschwerdeführerin dagegen nahm einen schweren Unfall beziehungsweise eine schwerwiegende Unfallreihe an (Urk. 2/1 S. 8 Ziff. 2; vgl. Sachverhalts-Ziff. 1.1 hiervor). Zwar wiesen die Unfallfahrzeuge

gemäss Unfallanalyse der Zurich Versicherung vom 18. Februar 2008 nicht unerhebliche Beschädigungen auf (vgl. Urk. 10/53), jedoch lag die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs der Beschwerdeführerin (Delta-v) lediglich zwischen 10,9 bis 17,0 km/h [Urk. 10/53]). Mit der fraglichen Kollision vergleichbare Auffahrkollisionen (etwa vor einem Fussgängerstreifen) werden rechtsprechungsgemäss regelmässig als mittelschweres, an der Grenze zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis qualifiziert. In einzelnen Fällen hat das höchste Gericht demgegenüber einen leichten Unfall angenommen, so insbesondere bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung (Delta-v unter 10 [bis 15] km/h) und zusätzlich weitgehendem Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftretenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C_580/2010 vom 30. August 2010 E. 5.2.2). Vorliegend ist der Unfall vom 4. Oktober 2007 mit einem Delta-v von maximal 17 km/h den mittelschweren Ereignissen an der Grenze zu den leichten Unfällen zuzurechnen. Von den weiteren massgeblichen Kriterien müssten bei der gegebenen Unfallschwere für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter oder aber mehrere - mindestens vier - in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben sein (BGE 134 V 126 f. E. 10.1 und Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

5.3.3.3 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Anhaltspunkte für besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit bestehen nicht, weshalb das Kriterium nicht erfüllt ist.

5.3.3.4 Zur Bejahung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen bedarf es einer besonderen Schwere der für die gegebenen Verletzungen typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 127 f. E. 10.2.2). Aufgrund der Akten sind die Voraussetzungen für die Bejahung dieses Kriteriums nicht erfüllt. Zusätzliche erhebliche Verletzungen sind nicht ausgewiesen. Insbesondere genügt das Andauern schleudertraumatypischer Beschwerden trotz durchgeführter Therapien nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Zwar ist eine HWS-Distorsion, welche eine bereits erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule trifft, speziell geeignet, die typischen Symptome hervorzurufen. Als Verletzung besonderer Art ist sie - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 2/1 S. 8) - jedoch nur zu qualifizieren, wenn es sich um eine durch ein früheres Trauma und nicht wie vorliegend (vgl. E. 4.2 und 4.3 hiervor) durch degenerative Veränderungen vorgeschädigte HWS handelt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_726/2010 vom 19. November 2010 E. 4.1.2.2).

5.3.3.5 Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, die versicherte Person belastenden ärztlichen Behandlung verlangt, dass die ärztliche Behandlung zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt. Die Behandlung der Beschwerdeführerin bis zum Beurteilungszeitpunkt umfasste insbesondere ärztliche Konsultationen, Physiotherapie, Analgetika und die Einnahme von Antidepressiva (vgl. Urk. 10/29, 10/32, 10/106, 10/122, 10/123, 10/184). Nach der Rechtsprechung sind regelmässige Konsultationen beim Hausarzt und physiotherapeutische Massnahmen nicht

als belastend zu qualifizieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_797/2008 vom 19. März 2009 E. 5.3.3). Dasselbe gilt für die auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin durchgeführten gutachterlichen Untersuchungen und für durchgeführte ärztlich empfohlene psychiatrische oder psychotherapeutische Therapien, weshalb insgesamt festzustellen ist, dass die ärztliche Behandlung nicht zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Beschwerdeführerin führte.

Das Kriterium der erheblichen Beschwerden, welche geltend gemacht wurden (vgl. Urk. 2/1 S. 10), beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der verschiedenen Untersuchungen insbesondere Nacken-, Rücken- und Kopfschmerzen sowie psychische Beschwerden an. Das Kriterium kann als erfüllt betrachtet werden. In ausgeprägter Weise liegt es aber nicht vor, spielen doch unfallfremde Faktoren ebenfalls eine Rolle (so beispielsweise die lumbalen Rückenbeschwerden).

Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, bestehen nicht. Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen liegen ebenfalls nicht vor. Die Einnahme von Medikamenten (erwähnt in 'Zielvereinbarung/Heilverlauf' vom 16. Februar 2010 [Urk. 10/171]) 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 8C_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 7.6). Das Kriterium ist - entgegen der Beschwerdeführerin, welche insbesondere einen schwierigen Heilungsverlaufs aufgrund von vier Unfällen geltend macht (vgl. Urk. 2/1 S. 8) - ebenfalls nicht erfüllt.

Was schliesslich das von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen anbelangt, ist festzuhalten, dass nach dem Unfallereignis vom 4. Oktober 2007 Dr. K. ___ von der Rehaklinik J. ___ ab Februar 2008 eine Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin in der Morgenschicht als möglich erachtete (vgl. Urk. 10/42), dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeit Mitte 2008 zu 50 % aufnahm (vgl. Urk. 10/88) und dass Kreisarzt Dr. P. ___ spätestens Ende 2008 eine ganzzügige Arbeitsfähigkeit erwartete (vgl. Urk. 10/101). Schliesslich attestierte der SUVA-Psychiater Dr. V. ___ der zuletzt in einem Pensum von 60 % tätigen (Urk. 10/113, 123, 10/171) Beschwerdeführerin trotz Restsymptomatik am 14. September 2010 eine volle Arbeitsfähigkeit. Selbst wenn das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen bejaht würde, liegt es jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise vor. Zusammen mit dem Kriterium der erheblichen Beschwerden würde es nicht genügen, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 4. Oktober 2007 und den ab 15. November 2010 noch vorhandenen Beschwerden zu bejahen.

Der Einspracheentscheid vom 13. Mai 2011, mit welchem die Versicherungsleistungen per 15. November 2010 eingestellt wurden, besteht zu Recht, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

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]) und entschuldigungsfrei (§ 34

GSVGer in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. g ATSG).

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.???????? Das Verfahren ist kostenlos.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- F?rsprecher Dr. Hans A. Schibli
- Rechtsanwalt Dr. Christian Sch?rer
- Bundesamt f?r 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 ?ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w?hrend 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 Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdef?hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in H?nden hat (Art. 42 BGG).

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