Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
8C_416/2010

Urteil vom 29. November 2010
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, Präsident,
Bundesrichter Frésard, Bundesrichterin Niquille,
Gerichtsschreiber Hochuli.

Verfahrensbeteiligte
D._____,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter,
Beschwerdeführerin,

gegen

AXA Versicherungen,
General Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur,
vertreten durch Rechtsanwalt Christoph Frey,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Unfallversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich
vom 30. März 2010.
Sachverhalt:

A.
D._____, geboren 1949, arbeitete als Praxishilfe in der Physiotherapie-Praxis ihres Ehegatten und war in dieser Eigenschaft bei der Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft (heute: AXA Versicherungen AG; nachfolgend: AXA oder Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 6. Oktober 2005 sass D._____ am Steuer des Firmenwagens (Mercedes ML 270) in einer Fahrzeugkolonne vor einer Ampel, welche auf Grün schaltete, als die Versicherte beim Anfahren nochmals abbremsen musste und ein nachfolgender Lieferwagen Mazda E 2000 nicht mehr rechtzeitig abzubremsen vermochte. Die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) am Heck des Mercedes betrug laut unfallanalytischem Gutachten der AXA vom 12. Juli 2006 12,8 bis 16,3 km/h. In der Folge prallte der Mercedes mit einem Delta-v von 3,3 bis 5,8 km/h in das Heck des davor befindlichen Opel Signum. Nach anfänglicher Behandlung durch ihren Ehemann begab sich die Versicherte am 12. Oktober 2005 in ärztliche Erstbehandlung zu Dr. med. K._____, welcher eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) diagnostizierte sowie für die Dauer vom 12. bis 17. Oktober 2005 eine volle Arbeitsunfähigkeit und danach eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestierte. Die Magnetresonanz-Untersuchung der HWS vom 13. Oktober 2005 zeigte keine postkontusionelle Veränderungen. Nach umfangreichen medizinischen Abklärungen und einer rheumatologisch-orthopädischen Begutachtung einschliesslich einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit im Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (AEH) stellte die AXA sämtliche Leistungen per 31. Oktober 2007 ein (Verfügung vom 23. Oktober 2007) und hielt am folgenlosen Fallabschluss mit Einspracheentscheid vom 28. Juli 2008 fest.

B.
Dagegen beantragte D._____ beschwerdeweise, die AXA habe ihr unter Aufhebung des Einspracheentscheides auch über den 31. Oktober 2007 hinaus die gesetzlichen Leistungen nach UVG aus dem Unfallereignis vom 6. Oktober 2005 auszurichten; eventualiter sei die Sache zur Durchführung einer interdisziplinären Begutachtung an die AXA zurückzuweisen. Mit einer weiteren Eingabe vom 6. Januar 2009 liess die Versicherte einen neurotologischen Untersuchungsbericht des

Dr. med. L. _____, vom 22. November 2008 einreichen.

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wies die Beschwerde mit Entscheid vom 30. März 2010 ab

C.

Mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erneuert D. _____ ihre vorinstanzlichen Rechtsbegehren.

Während die AXA auf Abweisung der Beschwerde schliesst, verzichtet das Bundesamt für Gesundheit (BAG) auf eine Vernehmlassung.

Erwägungen:

1.

Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (vgl. BGE 132 II 257 E. 2.5 S. 262; 130 III 136 E. 1.4 S. 140). Gemäss Art. 42 Abs. 1 BGG ist die Beschwerde hinreichend zu begründen, andernfalls wird darauf nicht eingetreten (Art. 108 Abs. 1 lit. b BGG). Das Bundesgericht prüft grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen; es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu prüfen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen werden (BGE 133 II 249 E. 1.4.1 S. 254). Es kann die Verletzung von Grundrechten und von kantonalem und interkantonalem Recht nur insofern prüfen, als eine solche Rüge in der Beschwerde vorgebracht und begründet worden ist (Art 106 Abs. 2 BGG).

Im Beschwerdeverfahren um die Zuspreehung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

2.

2.1 Die Zuspreehung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3 S. 181). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; 127 V 102 E. 5b/bb S. 103). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind (SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25, 8C_216/2009 E. 2 mit Hinweisen). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene

Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112). Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die durch BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 ff. präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall gelten (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140), anzuwenden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; vgl. auch Urteil 8C_583/2007 vom 10. Juni 2008 E. 2.2).

2.2 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, U 180/93, und 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, U 61/91, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das

Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast

- anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2, 8C_354/2007; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, U 355/98, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, U 180/93, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, U 61/91). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil 8C_847/2008 vom 29. Januar 2009 E. 2).

3.

3.1 Das kantonale Gericht hat basierend auf der medizinischen Aktenlage, insbesondere gestützt auf die Beurteilung gemäss AEH-Gutachten, überzeugend und nachvollziehbar dargelegt, dass beim strittigen folgenlosen Fallabschluss per 31. Oktober 2007 keine organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden mehr vorhanden waren, welche mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem natürlich Kausalzusammenhang mit Unfall vom 6. Oktober 2005 standen. Zu Recht bestreitet die Beschwerdeführerin nicht, dass es sich bei den bildgebend dargestellten Wurzelaschenszysten zwischen C7 und Th1, den degenerativen Veränderungen an der HWS und den klinischen Befunden einer thorakalen Wirbelsäulenfehlform mit einer hohen Kyphosierung und einer rechtskonvexen Skoliosierung sowie der lumbal etwas verstärkten Lordose um unfallfremde vorbestehende Gesundheitsschäden handelt, welche durch das Unfallereignis jedenfalls nicht richtunggebend verschlimmert wurden. Eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestandenen, degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule kann nur als nachgewiesen gelten, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt sind (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 [U 355/98], Urteil 8C_51/2010 vom 21. Mai 2010 E. 2.2). In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte für eine solche Verletzung.

3.2 Die in der Beschwerde vorgebrachten Einwände vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Entgegen der Versicherten kann keine Rede davon sein, dass Dr. med. J. _____, am 4. September 2008 von einer "mittlerweile eskalierenden [...] Beschwerdesituation" berichtet habe. Aus der vollkommen unbegründeten Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit kann nichts Abweichendes geschlossen werden. Von organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschäden kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25, 8C_216/2009 E. 2 mit Hinweisen). Klinische Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken, Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit sowie Nackenverspannungen (vgl. VEH-Gutachten S. 7) lassen für sich allein nicht auf ein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat des geklagten Beschwerdebildes schliessen (Urteile 8C_46/2010 vom 26. April 2010 E. 4.3 und 8C_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2009 UV Nr. 18 S. 69, 8C_744/2007 E. 4.5 und 4.6; vgl. auch Urteil 8C_945/2008 vom 8. April 2009 E. 6.2 mit Hinweisen).

3.3 Im Übrigen entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil 8C_679/2010 vom 10. November 2010 E. 3.3; vgl. auch SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1, 8C_677/2007 E. 2.3 und 2.3.2 mit Hinweisen). Die

Beschwerdeführerin legt nicht dar und es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass nach Einstellung der Versicherungsleistungen ab 1. November 2007 noch organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen feststellbar waren.

3.4 Nichts anderes gilt hinsichtlich der Befunde gemäss Bericht vom 22. November 2008 des Dr. med. L._____. Dem Bericht ist nicht zu entnehmen, wann die Untersuchungen durchgeführt wurden. Er äussert sich auch nicht zur Arbeitsunfähigkeit. Überdies spricht er von Schwindelerscheinungen, die in der ganzen bisherigen Entwicklung des Gesundheitszustandes seit dem Unfall vom 6. Oktober 2005 angesichts der vorwiegend in den Abteilungen Rheumatologie und Manuelle Medizin der Klinik G._____ durchgeführten Untersuchungen und Behandlungsmassnahmen kaum je zur Sprache gekommen sind. Schon deren effektives Vorhandensein in der geschilderten Intensität erscheint deshalb als fragwürdig. Abgesehen davon ist nach der Rechtsprechung der Aussagewert von Erkenntnissen, welche mit der auch von Dr. med. L._____ zur Abklärung nicht fassbarer Gleichgewichtsstörungen angewandten Untersuchungsmethode der dynamischen Posturographie gewonnen wurden, ohnehin insofern begrenzt, als sie keine Informationen zur Ätiologie solcher Störungen und damit zu einer allfälligen (natürlichen) Unfallkausalität liefern. Mehrfach schon hat sich das Bundesgericht zu dieser Methode geäussert und dabei festgehalten, dass sich eine Unfallfolge mittels Posturographie nicht organisch objektiv nachweisen lässt. Zwar könnten bestimmte Informationen gewonnen und sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektiviert werden, direkte Aussagen zur Ätiologie und damit zur Unfallkausalität eines Leidens seien jedoch ausgeschlossen (Urteile 8C_321/2010 vom 29. Juni 2010 E. 4.4.2 und 8C_75/2010 vom 1. April 2010 E. 4 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Schon mangels verwertbaren Nachweises der Unfallkausalität der von Dr. med. L._____ thematisierten Schwindelsensationen ist daher auf die diesbezüglichen Vorbringen in der Beschwerdeschrift nicht weiter einzugehen (Urteil 8C_181/2010 vom 20. Mai 2010 E. 3.4.2). Selbst wenn diese Beschwerden erst nach dem Unfall aufgetreten sind, kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass sie durch den Unfall verursacht worden seien, denn die Argumentation "post hoc ergo propter hoc" ist unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, sofern der Unfall - wie hier (vgl. hievore E. 3.1) - keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule und namentlich keine Wirbelkörperfrakturen verursacht hat (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, U 290/06; Urteile 8C_46/2010 vom 26. April 2010 E. 4.3 und 8C_590/2007 vom 6. Oktober 2008 E. 7.2.4).

3.5 Es bestehen somit zusammenfassend keine hinreichend erstellten Anhaltspunkte für organisch nachweisbare Unfallfolgen, welche die über den 31. Oktober 2007 hinaus gezeigten Restbeschwerden der Versicherten zu erklären vermöchten. Von weiteren spezialärztlichen Erhebungen sind keine entscheiderelevanten neuen Aufschlüsse zu erwarten, weshalb keine Notwendigkeit für die von der Beschwerdeführerin beantragten ergänzenden Abklärungen besteht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 131 I 153 E. 3 S. 157; 124 V 90 E. 4b S. 94; Urteil I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4, in: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149). Ob das versicherte Unfallereignis jedenfalls eine - für die Bejahung des für den Leistungsanspruch erforderlichen natürlichen Kausalzusammenhangs genügende (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125 f. mit Hinweisen) - wesentliche Teilursache der nach dem 31. Oktober 2007 fortbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bildet, braucht, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt, mit der Vorinstanz nicht abschliessend beurteilt zu werden.

4.

Das kantonale Gericht hat mit in allen Teilen zutreffender Begründung überzeugend dargelegt, dass - entgegen der Versicherten - von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung bereits im Sommer 2007 acht Monate nach Erstattung des AEH-Gutachtens keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war, zumal spätestens per 31. Oktober 2007 keine objektiv ausgewiesene organische Unfallfolgen mehr feststellbar waren (E. 3 hievore).

5.

5.1 Fest steht und unbestritten ist, dass die Prüfung der Unfalladäquanz der über den 31. Oktober 2007 hinaus geklagten, organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden nach der mit BGE 134 V 109 präzisierten sog. "Schleudertrauma-Praxis" zu erfolgen hat und dass der Unfall vom 6. Oktober 2005 praxismässig bei den mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzustufen ist. Damit die Adäquanz bejaht werden könnte, müsste von den in die Beurteilung einzubeziehenden Adäquanzkriterien somit entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise vorliegen oder hätten mehrere gehäuft erfüllt zu sein (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f.; 117 V 359 E. 6a S. 367).

5.2

5.2.1 Unbestrittenermassen kann weder von besonders dramatischen Begleitumständen noch von einer besonderen Eindringlichkeit des Unfallereignisses gesprochen werden. Ebenso wenig ist im Lichte der medizinischen Akten eine ärztliche Fehlbehandlung ausgewiesen. Weiter haben Verwaltung und Vorinstanz zu Recht sowohl das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung als auch dasjenige des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen verneint.

5.2.2 Angesichts fehlender stationärer und insgesamt kaum belastender Behandlungsbedürftigkeit bei einer seit dem Unfall fast durchgehend erhaltenen Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % in der angestammten Erwerbstätigkeit (vgl. Urteil 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 4.3.1) hat das kantonale Gericht das Kriterium der erheblichen Beschwerden entgegen der Versicherten zu Recht höchstens als in einfacher Form erfüllt qualifiziert.

5.2.3 Zutreffend bejahte die Vorinstanz auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen in der gleichen Weise. Gemäss Bericht der Abteilung Rheumatologie der Klinik G._____ vom 13. März 2006 befürworteten die behandelnden Ärzte bei nur noch alle sechs Wochen stattfindenden Arztkonsultationen ab Mai 2006 eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 75%. Obwohl der Ehemann der Beschwerdeführerin ihr Arbeitgeber ist und daher gemäss Bericht der eben genannten Klinik vom 12. Juni 2006 laut Aussagen der Versicherten "geeignete Arbeit immer möglich" war, sind den medizinischen Unterlagen keine nachvollziehbaren Angaben zu tatsächlich geleisteten Anstrengungen der Beschwerdeführerin in Bezug auf eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bzw. objektivierbare Gründe des Scheiterns eines entsprechenden Arbeitsversuches zu entnehmen. Auch die angesichts zumutbarer Heilbehandlungsmassnahmen zur Stabilisierung der Nackenmuskulatur gemäss AEH-Gutachten empfohlene stufenweise Erhöhung der Arbeitsfähigkeit ist offensichtlich nicht umgesetzt worden. Die Qualifikation dieses Kriteriums gemäss angefochtenem Entscheid ist nicht zu beanstanden.

5.2.4 Dass sich die Versicherte nach dem Unfall fortgesetzt einer spezifischen, sie belastenden ärztlichen Behandlung bis zum Fallabschluss (BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128) per 31. Oktober 2007 hätte unterziehen müssen, kann aktenkundig ausgeschlossen werden. Trotz einiger ambulanter Untersuchungs- und Behandlungstermine in der Klinik G._____, welche sich unregelmässig im Abstand mehrerer Wochen folgten, sowie unter Mitberücksichtigung der physiotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsmassnahmen kann nicht von einer spezifischen, die versicherte Person belastenden ärztlichen Behandlung gesprochen werden (vgl. SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81, U 479/05 E. 8.3.3 mit Hinweisen).

5.2.5 Von den sieben relevanten Kriterien sind höchstens zwei erfüllt, keines davon jedoch in ausgeprägter Weise. Zur Bejahung der Adäquanz allfälliger noch vorhandener unfallbedingter Beschwerden genügt dies bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen indes nicht (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100 [8C_897/2009 E. 4.5] und Urteil 8C_421/2009 vom 2. Oktober 2009 E. 5.8, je mit Hinweisen). Es bleibt damit bei der vorinstanzlich bestätigten Leistungseinstellung auf den 31. Oktober 2007.

6.

Die Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 65 Abs. 4 lit. a und Art. 66 Abs. 1 BGG). Ein Parteikostenersatz steht der Beschwerdegegnerin, da sie als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauter Organisation in ihrem amtlichen Wirkungskreis obsiegt, gemäss Art. 68 Abs. 3 BGG nicht zu (Urteile 8C_419/2010 vom 17. August 2010 E. 4 und 8C_606 vom 27. August 2008 E. 11 mit Hinweisen).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 750.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 29. November 2010

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Der Präsident: Der Gerichtsschreiber:

Ursprung Hochuli