



Fall-Nr.: UV 2011/99
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 30.10.2012
Entscheiddatum: 30.10.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 30.10.2012

Art. 6 Abs. 1 UVG. Erreichen des Status quo sine. Beweiswert eines Gutachtens. Bestand, Ausmass und Beginn der psychischen Beschwerden können vorliegend offen bleiben, da sich bei Verneinung der adäquaten Kausalität die Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhangs erübrigt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. Oktober 2012, UV 2011/99).

Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_997/2012

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 30. Oktober 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Andres Büsser, Marktgasse 20, 9000 St. Gallen,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Postfach, 8085 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend Versicherte) war seit 5. Mai 2001 als Tagesmutter beim B.____ tätig und dadurch bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend Zürich) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 17. Juni 2002 einen Auffahrunfall erlitt (act. I-1, 5, 9, 42). Bereits am 14. Juni 2002 war die Versicherte aufgrund eines Sturzes mit Rollschuhen Ende Februar 2002 und den seither geklagten Zervikalgien bei Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, ambulant untersucht worden. Nach dem Unfallereignis vom 17. Juni 2002 diagnostizierte Dr. C.____ gleichentags Zervikalgien bei Instabilität C7/Th1, Status nach Sturz mit Rollschuhen Ende Februar 2002 und Exacerbation der Zervikalgien Status nach Autounfall am 17. Juni 2002 und empfahl am 28. Juni 2002 eine Operation (act. II-Zm 1, 3). Am 26. Juni 2002 war eine cervicale vertebro-spinale Kernspintomographie durchgeführt worden (act. II-Zm 2). Auch die Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen, Neurochirurgie, empfahlen am 10. Juli 2002 eine Operation auf Höhe C5/6 (act. II-Zm 4). Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, attestierte der Versicherten mit Bericht vom 29. April 2003 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 17. Juni

bis 20. November 2002 (act. II-Zm 7).

A.b Am 19. August 2004 stürzte die Versicherte mit dem Fahrrad und zog sich dabei multiple Schürfwunden zu (act. II-Zm 19/5). Die Behandlung wurde gleichentags abgeschlossen, nachdem die Wundversorgung und die Tetanusprophylaxe erfolgt waren.

A.c Mit Bericht vom 9. Februar 2005 erachtete Dr. med. E.____, Facharzt für Anästhesie, eine Radiofrequenzneurotomie für indiziert, da die Testblockaden mit einer Wahrscheinlichkeit von 90% eine traumatisch bedingte Verletzung der zygapophysialen Gelenke C2/3 rechts und C5/6 rechts ergeben hätten (act. II-Zm 9). Im weiteren Verlauf führte er mehrmals funktionelle perkutane Rhizotomien C3 rechts und C6 rechts durch (act. II-Zm 12, 14/01, 26, 31). Am 8. April 2008 erstellte Dr. med.



F.____, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie des Inselspitals Bern, ein Gutachten, worin er festhielt, dass die noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen seien, mindestens als Teilursache (act. II-Zm 17). Mit neurologischem Gutachten vom 26. Mai 2008 (act. II-Zm 18) stellte Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, fest, dass der Status quo sine im Januar 2003 erreicht worden sei und die noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht auf den Unfall vom 17. Juni 2002 als alleinige und eher unwahrscheinlich als Teilursache zurückzuführen seien.

A.d Seit 1. Juli 2008 war die Versicherte bei Dr. H.____ zu 30% als Reinigungsfrau angestellt und in dieser Eigenschaft ebenfalls bei der Zürich obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert (act. II-I/3). Am 19. September 2008 war sie an einem Verkehrsunfall mit seitlicher Frontalkollision beteiligt und erlitt eine Thorax- und Sternumkontusion sowie ein HWS-Distorsionstrauma (act. II-I/ZA1). Bis 24. September 2008 befand sich die Versicherte in der chirurgischen Abteilung des Kantonsspitals St. Gallen und wurde bis 30. September 2008 arbeitsunfähig geschrieben (act. II-I/M1, I/15/3). Da sie ihre Tätigkeit ab 10. Oktober 2008 wieder im vertraglichen Arbeitspensum von 30% aufnahm, schloss die Zürich den Fall mit Schreiben vom 22. Januar 2009 ab (act. II-I/19).

A.e Am 28. Januar 2010 wurde eine vertebro-spinale Kernspintomographie durchgeführt (act. II-Zm 29). Mit Gutachten vom 19. Oktober 2010 der Gutachterstelle Solothurn für interdisziplinäre Begutachtungen (gutso; act. II-Zm 34) wurde festgestellt, dass die noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall vom 17. Juni 2002 oder denjenigen vom 19. September 2008 zurückzuführen seien.

A.f Mit Verfügung vom 12. April 2011 (act. I-170, II-I/37) wurden die Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Juni 2002 per 30. Juni 2003 eingestellt mit der Begründung, der Status quo sine sei erreicht worden. In Bezug auf den Unfall vom 19. September 2008 wurde ausgeführt, dass der Gesundheitszustand der Versicherten durch diesen Unfall nicht massgeblich bzw. nur vorübergehend beeinflusst worden sei. Die Leistungen wurden daher per 31. Oktober 2008 eingestellt.

B.



Die dagegen erhobenen Einsprachen vom 12. Mai 2011 der Versicherten und vom 1. Juli 2011 der Swica Krankenversicherung AG (act. I-174/1, 181, 185) wurden mit Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2011 abgewiesen (act. I-188).

C.

C.a Mit Beschwerde vom 2. Dezember 2011 (act. G 1) liess die Versicherte durch Rechtsanwalt Dr. Andres Büsser, St. Gallen, beantragen, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Sache sei zu unabhängiger gesetzmässiger Begutachtung an die Versicherung zurückzuweisen. Eventualiter seien der Versicherten nach Begutachtung im Gerichtsverfahren die gesetzmässigen UV-Leistungen ab gesetzlichem Zeitpunkt zu gewähren; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter insbesondere an, dass die Informationsaufnahme und die Schlussfolgerungen im Gutachten der "gutso" in verschiedener Hinsicht fehlerhaft erfolgt seien.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2012 schloss die Beschwerdegegnerin auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. G 3). Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, es sei auf das Gutachten der "gutso" vom 19. Oktober 2010 abzustellen. Die von der Beschwerdeführerin angezeigten Mängel seien entweder nicht korrekt oder für die medizinische Beurteilung nicht relevant.

C.c Mit Replik vom 29. Februar 2012 (act. G 7) und Duplik vom 9. März 2012 (act. G 10) hielten die Parteien an ihren jeweiligen Standpunkten fest.

Erwägungen:

1.

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2011 (act. G 1.1). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen in Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Juni 2002 auf den 30. Juni 2003 und in Zusammenhang mit dem Unfall vom 19. September 2008 auf den 31. Oktober 2008 einstellen durfte. Dabei steht insbesondere die Beweiskraft des von der



Beschwerdegegnerin eingeholten interdisziplinären Gutachtens vom 19. Oktober 2010 zur Diskussion (act. II-Zm 34).

2.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die

Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2003, S. 42 ff.). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82 174 E. 2b). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (ein organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 359 E. d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung ;118 V 286 E. 3a). Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 102 E. 5b/bb; 123 V 98 E. 3b; 118 V 286 E. 3a; 117 V 359 E. 5d/bb mit Hinweisen).

2.2 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 261 E. 3b). Dabei muss jedoch nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328f. E. 3b).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen



Entscheidgrundlagen bei pflichtgemässer Beweismwürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

3.

3.1 Gemäss dem Bericht vom 25. Juni 2002 von Dr. C.____ (act. II-Zm 1) klagte die Beschwerdeführerin nach einem Sturz auf den Rücken beim Rollschuhlaufen Ende Februar 2002 über Nacken- und Rückenschmerzen im oberen thorakalen Bereich. In den folgenden Tagen sei eine Zunahme der Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in das Schulterblatt links zu verzeichnen gewesen. Es seien keine Armschmerzen festgestellt worden. Er habe die Beschwerdeführerin auch am Unfalltag (17. Juni 2002) untersucht und dabei die gleichen Befunde festgestellt wie an der Voruntersuchung vom 14. Juni 2002. Nach Feststellen der Instabilität im HWS-Bereich habe er zur Ruhigstellung der HWS einen Halskragen angepasst. Mit Röntgenbericht vom 26. Juni 2002 (act. II-Zm 2) stellte Dr. med. I.____, Spezialarzt FMH für Röntgendiagnostik, fest, dass die Aufnahmen eine Streckhaltung mit einer Höhenminderung und Dehydrierung der Bandscheiben C5/C6 und C6/C7, auf der Höhe C5/C6 mit Darstellung einer Diskushernie neben der Unkarthrose vergrössert medio-lateral-rechtsseitig zeigten, jedoch apikal auch linksseitig, das Foramen recht erheblich einengend. Auf Höhe C6/C7 bestehe eine leichte Protrusion der Bandscheibe bei ebenfalls Höhenminderung und Dehydrierung. Es sei auf dieser Höhe bei nur geringfügiger unkarthrotischer und spondylarthrotischer Veränderung keine sichere Hernie sichtbar. Es sei eine Einengung des Spinalkanals im Bereich C5/C6, weniger C6/C7 auf 7 mm vorhanden, sonst bestehe ein normal weiter Spinalkanal. Auf Höhe C7/Th1 sei die MR unauffällig ohne Dehydrierung. Paravertebrale Weichteile und ossäre Konfiguration seien im Normbereich ohne Hinweise für eine Fraktur, Fissur oder Bandläsion. Dr. C.____ - und später auch das Kantonsspital St. Gallen - empfahlen wegen der festgestellten Diskushernie C5/C6 (und Instabilität C7/Th1) eine vordere Diskektomie und Stabilisation mit Cage, die Beschwerdeführerin entschied sich jedoch gegen einen operativen Eingriff (act. II-Zm 3, 4). Nach Ansicht von Dr. E.____ (act. II-Zm 10) handelte es sich bei den Symptomen der Beschwerdeführerin um typische Folgen eines Genickschleudertraumas. Diese Art Verletzung beschädige die zervikalen Facettengelenke. Mit audio-neurootologischem Bericht vom 4. Oktober 2004 (act. II-



Zm 16/03) diagnostizierte Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, einen visuo-vestibulären und cervico-vestibulären "mismatch". In einer von einer Zürich-Mitarbeiterin festgehaltenen Besprechung vom 23. Januar 2006 (act. II-Zm 11) gab Dr. med. K.____, FMH Neurochirurgie, an, dass auf den Röntgenbildern vom 2002 massive degenerative Veränderungen ersichtlich seien, welche nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Juni 2002 oder dem Sturz mit den Rollerblades von Ende Februar 2002 ständen. Dr. F.____ stellte neben chronischen cervikalen und Armschmerzen den Verdacht auf partielle Beteiligung der Facettengelenke und eine ungenügend behandelte Depression fest (act. II-Zm 17). Dr. G.____ berichtete mit neurologischem Gutachten vom 26. Mai 2008 (act. II-Zm 18), dass die Beschwerdeführerin zweifellos ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitten habe, was ein cervicales Schmerzsyndrom zur Folge gehabt habe. In den bereits früh angefertigten Röntgen- und MR-Aufnahmen zeigten sich keine traumatischen Veränderungen und die beschriebenen leichten degenerativen Veränderungen seien als vorbestehend zu betrachten. Eine vertebro-spinale Kernspintomographie vom 28. Januar 2010 (act. II-Zm 29) zeigte gemäss Dr. med. L.____ eine dehydrierte Bandscheibe C4/C5 mit relativ breitbasiger kleinvolumiger medianer Hernierung der Bandscheibe links und mit praktisch fehlendem Liquorsaum um das Myelon auf dieser Höhe. Auch die Bandscheibe C5/C6 zeige eine Hernierung und Dehydratation, wobei die Hernie auf diesem Niveau medio-rechts-lateral bevorzugt zur Darstellung komme mit rechts recessaler Einengung. Eine zweite Hernierung, welche kleiner sei, komme medio-links-lateral auf diesem Niveau im recessalen, teils auch im foraminalen Bereich zur Darstellung. Zudem stellte er eine leichte Diskusprotrusion auf Höhe C6/C7, jedoch ohne Nachweis einer Nervenwurzelkompression, sowie Spondylosis und Unkarthrosis vor allem auf Höhe C5/C6 beidseitig fest. Eine Aufnahme der HWS ap/seitlich und funktionell vom 28. Januar 2010 (act. II-Zm 30) führte eine minime rechtskonvexe Skoliosefehlhaltung sowie eine ausgeprägte Streckhaltung der Halswirbelsäule mit leichter Kyphosierung der mittleren und unteren Halswirbelsäule zutage. Ebenso habe sich eine Spondylosis vor allem auf Höhe C6/C7 nach ventral und C5/C6 dorsal gezeigt.

3.2 Bei der Beurteilung von kraniozervikalen Beschleunigungstraumata kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit



apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden können (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]), wobei die Untersuchungsmethoden überdies wissenschaftlich anerkannt sein müssen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Eine manuelle ärztliche Untersuchung fördert klinische, nicht aber somatisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Als solche gelten Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde lediglich auf die Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Entsprechend können ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde, Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen betrachtet werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 6.1, mit zahlreichen Hinweisen sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3). Bei den vorgenannten Gesundheitsschäden, insbesondere bei der Dehydratation und Hernierung der Bandscheiben C4/C5 und C5/C6, der Diskusprotrusion auf Höhe C6/C7, der Unkarthrose und Spondylarthrose handelt es sich um organische Substrate, die grundsätzlich immerhin als Ursache der geklagten Beschwerden im zervikalen Bereich in Frage kommen. Zu prüfen ist daher im Folgenden, inwieweit diese organischen Substrate durch den Unfall vom 17. Juni 2002 (darin eingeschlossen auch der Unfall vom 14. Juni 2002) und/oder den Unfall vom 19. September 2008 verursacht wurden oder inwieweit der Unfall darauf eingewirkt hat. In Frage kommen eine durch den Unfall verursachte organische Gesundheitsschädigung, eine richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands oder ein durch den Unfall lediglich ausgelöster (nicht verursachter) oder vorübergehend verschlimmter degenerativer Vorzustand. Beim Unfall als Auslösefaktor interessiert im Weiteren die Frage, ob der Beschwerdeschub noch andauert bzw. bis zu welchem Zeitpunkt er andauert hat (vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 E. 3).

3.3 Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise,



unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Eine Diskushernie kann als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales und radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (Wolfgang Meier, Lumbale Diskushernie und Unfall, in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68, Dezember 1995, S. 14 ff.; RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 f. E. 2a mit Hinweisen; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, und vom 18. Februar 2002, U 459/00, E. 3b). Nur in Ausnahmefällen ist ein Unfall geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall konnte im medizinischen Versuch lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden. Dieselben Kriterien gelten bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens. Dies führt dazu, dass eine Unfallkausalität nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen. Eine besondere Schwere ist weder im Unfallereignis vom 17. Juni 2002, noch im Unfallereignis vom 19. September 2008 zu erblicken. Die nicht als besonders schwer einzustufenden Vorfälle waren insbesondere nicht geeignet, eine gesunde Bandscheibe zu schädigen. Bezüglich des Nackenbereichs war die Beschwerdeführerin bis zum ersten Ereignis nicht beschwerdefrei, erfolgte doch die Erstkonsultation bei Dr. C.____ aufgrund solcher Beschwerden. Bereits im September 2000 war die Beschwerdeführerin zudem wegen einer akuten Torticollis in chiropraktischer Behandlung (act. II-Zm 21) und im Februar 2001 hatte sie die Hausärztin wegen Rückenbeschwerden und Schmerzen in den Armen konsultiert (act. II-Zm 23). Ob ein vertebrales und radikuläres Syndrom unverzüglich aufgetreten ist, kann unter diesen Umständen offen bleiben. Die weiteren, den bildgebenden Untersuchungen zu entnehmenden organischen Substrate sind ausschliesslich degenerativer Natur. Als Diskusprotrusion wird eine sich im Verlauf des degenerativen Prozesses entwickelnde Ausweitung des Faserrings und deren durch Druck des



Nucleus pulposus nach hinten ausgelöste Vorwölbung bezeichnet, wobei dies die Vorstufe einer Hernie bildet (Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, Patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Auflage, Bern 2005, S. 879). Bei der Unkarthrose handelt es sich um eine degenerative Erkrankung der Wirbelsäule (insbesondere HWS) mit Einengung der Foramina intervertebralia durch Osteophyten (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Auflage, Berlin/New York 2011, S. 1954 unter "Spondylosis uncovertebralis"). Unter Skoliose ist eine fixierte seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule zu verstehen, die entweder im Wachstumsalter entsteht, symptomatisch bedingt ist oder durch die Haltung hervorgerufen wird (Debrunner, a.a.O., S. 827 f.). Als Spondylose wird eine degenerative Erkrankung der Wirbelkörper und Bandscheibenschaden bezeichnet (Pschyrembel, a.a.O., S. 1954 unter "Spondylosis deformans"). Unter Spondylarthrose ist schliesslich eine degenerative Gelenkerkrankung der kleinen Wirbelgelenke zu verstehen, die eine Folgeerscheinung der Skoliose bilden, aber auch in verschiedenen Stadien einer Wirbelsäulendegeneration auftauchen kann (Debrunner, a.a.O., S. 852 ff.; Pschyrembel, a.a.O., S. 1952). Mit der Diskusprotrusion, der Unkarthrose, der Skoliose, der Spondylose und der Spondylarthrose in den Bandscheiben C5/C6 und C6/C7 bestand bereits zum Ereigniszeitpunkt des Unfalls vom 17. Juni 2002 ein diskreter, nicht manifest oder symptomatisch gewordener, pathologischer Vorzustand in den betreffenden Segmenten. Die Diskushernie wurde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis vom 17. Juni 2002 ausgelöst, womit eine natürliche Kausalität gegeben ist. Das Unfallereignis vom 19. September 2008 hatte gemäss Austrittszeugnis ein Thoraxleiden als Schlussdiagnose bzw. Restbeschwerden zur Folge (act. II-I/15.3). Im Austrittsbericht vom 29. September 2008 ist von einer raschen Regredienz der Schmerzsymptomatik die Rede (act. II-I/M 1). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 19. September 2008 und den vorliegend geklagten Beschwerden gegeben ist. Die Wirbelsäule war nach Aktenlage bei beiden Unfällen nicht einer reinen axialen Belastung ausgesetzt, womit eine Kausalität fehlt und eine neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung, wie auch eine richtunggebende, mithin dauernde unfallbedingte Verschlimmerung ausgeschlossen werden können.

4.



4.1 Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (statt vieler: Urteil des EVG vom 20. September 2001, U 379/00, E. 6a; vgl. auch Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 56). Nach übereinstimmender ärztlicher Meinung kann das Unfallereignis vom 17. Juni 2002 als auslösender Faktor der Beschwerden angesehen werden (act. II-Zm 3, 6, 10, 17, 18, 34), womit die Versicherung für den durch den Unfall ausgelösten Beschwerdeschub aufzukommen hat. Laut Gutachten vom 8. April 2008 von Dr. F.____ (act. II-Zm 17) können die Depression und die psychosoziale Belastungssituation alleine die Beschwerden nicht erklären. Theoretisch sei es möglich, dass initiale Verletzungen im Zusammenhang mit dem Unfall abgeheilt seien und sich eine zentrale Sensibilisierung im Sinn von Veränderungen der Erregbarkeit des zentralen Nervensystems (zentrale Plastizität) gebildet habe, welche die Beschwerden bei fehlendem noziceptivem Input aufrechterhalte. Für ein solches Schmerzgedächtnis bei Fehlen von peripheren Verletzungen gebe es allerdings (hauptsächlich aufgrund der objektiven Schwierigkeit, dieses Thema bei Menschen zu untersuchen) keinen Beweis. Selbst wenn dies der Fall wäre, sei eine solche Veränderung der zentralen Erregbarkeit eine Folge der initialen Verletzung. Mit neurologischem Gutachten vom 26. Mai 2008 (act. II-Zm 18) äusserte sich Dr. G.____ dahingehend, dass die Beschwerdeführerin zweifellos ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitten habe, was ein cervicales Schmerzsyndrom zur Folge gehabt habe. Allerdings habe der Unfall nicht eine beschwerdefreie Halswirbelsäule getroffen, sie habe bereits vorgängig drei Phasen von Nackenschmerzen gehabt, die selbst eine neurochirurgische Beurteilung zur Folge gehabt hätten. Die Beschwerden seien in der Folge weitgehend abgeklungen. Aufgrund des Verlaufs sei anzunehmen, dass im Januar 2003 der Status quo sine erreicht worden wäre. Die in der Folge auftretenden Beschwerden, die exacerbirt seien, das Ausmass der initialen Beschwerden übertroffen hätten und auch von weiteren Symptomen begleitet gewesen seien, könnten nicht mehr auf das Unfallereignis zurückgeführt werden, sondern ständen im Zusammenhang mit den vorbestehenden degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule. Mit dem interdisziplinären Gutachten "gutso" vom 19. Oktober 2010 (act. II-Zm 34) kamen die Experten zum Schluss, dass die heutigen Beschwerden mit



überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr mit dem Unfall vom 17. Juni 2002 in einem natürlichen Kausalzusammenhang ständen. Sie erachteten es als überwiegend wahrscheinlich, dass durch die Heckkollision vom 17. Juni 2002 eine vorübergehende Verschlimmerung eines vorbestehenden Zustands ausgelöst worden sei, deren Dauer, d.h. der Zeitraum bis zum Erreichen des Status quo sine, übereinstimmend auf maximal 12 Monate zu veranschlagen sei. Die Differenz zum von Dr. G.____ angenommenen Zeitraum begründeten die Experten mit den vorbestehenden degenerativen Veränderungen, die eine länger dauernde Erholungs-/Adaptationszeit erfordern könnten. Diese Annahme sei zwar streng wissenschaftlich nicht bewiesen (auch nicht das Gegenteil), doch würden viele anekdotische und persönliche Erfahrungen darauf hindeuten. Eine fehlende morphologische Entwicklung (Verschlimmerung) der betroffenen Segmente im Lauf von 8 Jahren, die über den Rahmen des natürlichen Krankheitsverlaufs hinausgehe, sei ein sehr stichhaltiges Argument gegen eine richtungsweisende traumatische Verschlimmerung. Der Unfall vom 19. September 2008 habe gemäss Beschreibung der Beschwerdeführerin und der vorhandenen Aktenlage zu keiner nennenswerten Verschlimmerung der Beschwerden oder Verschlechterung der Befunde beigetragen.

4.2 Gestützt auf das Gutachten "gutso" (act. II-Zm 34) stellte die Beschwerdegegnerin die Leistungen in Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Juni 2002 auf den 30. Juni 2003 und in Zusammenhang mit dem Unfall vom 19. September 2008 auf den 31. Oktober 2008 ein. Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, dass das Gutachten "gutso" nicht verwertbar sei und die Beschwerdegegnerin sich nicht darauf abstützen dürfe.

4.2.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie sei nicht etwa, wie im Gutachten vom neuropsychiatrischen Experten erwähnt, in einem "dunklen traditionell islamischen Gewand" (act. II-Zm 34 S. 36) zur Untersuchung erschienen, sondern habe einen Pullover und eine gewöhnliche schwarze Hose getragen. Die Beschwerdegegnerin ist der Ansicht, der Hinweis auf ein "dunkles traditionell islamisches Gewand mit einem dunklen Kopftuch" lasse nicht auf eine Voreingenommenheit der Gutachter schliessen. Dem ist beizupflichten. Es handelt sich dabei lediglich um eine Beobachtung, ohne dass der neuropsychiatrische Gutachter daraus etwas zu Ungunsten der



Beschwerdeführerin ableiten würde (vgl. act. II-Zm 34 S. 46 f. Klinischer Befund/ Psychostatus des neuropsychiatrischen Experten).

4.2.2 Des Weiteren liess die Beschwerdeführerin vorbringen, ihre Inappetenz sei nicht auf eine ständige Übelkeit (act. II-Zm 34 S. 39), sondern auf ein Schluckproblem verbunden mit den starken Nackenschmerzen zurückzuführen. Gegenüber dem neurologischen Experten erklärte die Beschwerdeführerin jedoch, dass das Schlucken normal sei (act. II-Zm 34 S. 30), weshalb eine Unrichtigkeit in der gutachterlichen Feststellung nicht zu erblicken ist.

4.2.3 Zudem lässt die Beschwerdeführerin anführen, dass entgegen den Feststellungen im Gutachten (act. II-Zm 34 S. 41) im Jahr 2010 drei Serien Physiotherapie durchgeführt worden seien. Den Akten ist zwar zu entnehmen, dass im Zeitraum April/Mai 2010 insgesamt zehn und im Zeitraum September/Dezember 2010 elf Physiotherapiesitzungen durchgeführt wurden (act. II-I/ZB 7; act. I-173). Die Begutachtung durch die jeweiligen Experten fand jedoch bereits am 21. Oktober 2009, am 14. und am 21. Januar 2010 statt (act. II-Zm 34 S. 2). Physiotherapeutische Behandlungen zwischen August 2006 und Januar 2010 sind nicht aktenkundig. Auch gegenüber Dr. F.____ gab die Beschwerdeführerin im April 2008 an, sie habe die Physiotherapie wegen Wirkungslosigkeit abgesetzt (act. II-Zm 17). Zudem ergibt sich aus der Behandlungsbestätigung vom 7. April 2008 des behandelnden Physiotherapeuten, dass zwischen Januar und August 2003 keine Physiotherapien stattgefunden haben und anschliessend ab September 2003 wieder ein Behandlungsintervall von 6 Monaten bzgl. Physiotherapie folgte (act. I-104/3 ff.).

4.2.4 Ausserdem lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, sie habe nicht, wie im Gutachten (act. II-Zm 34 S. 41) festgehalten, gesagt, dass aufgrund einer psychiatrischen Behandlung ihr ohne weiteres die Kinder hätten weggenommen werden können, und sie habe sich dabei insbesondere nicht auf die Auslegung traditioneller Werte ihrer Ursprungskultur bezogen. Sie habe lediglich ausgeführt, dass sie die psychischen Schwierigkeiten auf die Dauerschmerzen zurückführe. Zudem werde nicht erwähnt, dass die Beschwerdeführerin nach dem Religionsunterricht noch zwei Semester lang einen Nähkurs absolviert habe. Inwiefern diese Informationen bei der Beurteilung der natürlichen Kausalität relevant sein sollen, wird weder von der



Beschwerdeführerin dargelegt, noch ist dies aus den Akten erkennbar. Ausserdem wurde die Begutachtung in Anwesenheit einer akkreditierten Dolmetscherin durchgeführt, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der Richtigkeit der Ausführungen auszugehen ist. Zudem unterscheidet der begutachtende neuropsychiatrische Experte klar zwischen der Aussage der Beschwerdeführerin, aufgrund einer psychiatrischen Behandlung hätten ihr ohne weiteres die Kinder weggenommen werden können, und seiner eigenen Schlussfolgerung, dass sie sich dabei auf die Auslegung traditioneller Werte ihrer Ursprungskultur bezogen habe.

4.2.5 Nach Ansicht der Beschwerdeführerin geht die Eintragung von Dr. D.____ im Februar 2001, dass beim Autofahren oft Schmerzen in den Armen vorhanden gewesen seien, offensichtlich auf ein sprachliches Missverständnis zurück. Zu jenem Zeitpunkt sei sie überhaupt nicht Auto gefahren. Dr. C.____ habe demgegenüber unmittelbar nach dem Unfall festgehalten, dass keine Armschmerzen vorhanden gewesen und dass vom 20. bis 21. Juni 2002 zusätzlich Zervicobrachialgien beidseits aufgetreten seien. Es bestehen keine Hinweise auf ein sprachliches Missverständnis bei der Eintragung von Dr. D.____ im Februar 2001, wonach beim Autofahren oft Schmerzen in den Armen vorhanden gewesen seien. Die Behauptung, dass die Beschwerdeführerin im Februar 2001 keine Fahrerlaubnis besessen habe, vermag keine Zweifel am Eintrag zu erwecken, zumal den Akten zu entnehmen ist, dass der Führerausweis seit 10. Mai 2001 gültig ist und es auf der Hand liegt, dass davor Lernfahrten bzw. ein Lernfahrausweis notwendig waren (act. II-I/ZA 1). Selbst wenn Dr. C.____ anlässlich der Erstkonsultation am 14. Juni 2002 rückwirkend bis zum Ereignis im Februar 2002 festgestellt haben sollte, dass keine Armschmerzen bestanden hätten, würde dies das Auftreten von solchen Beschwerden vor dem Februar 2002 (wie von Dr. D.____ festgestellt) nicht ausschliessen.

4.2.6 Mit Schreiben vom 18. März 2008 wies bereits Dr. G.____ auf eine Lücke im Verlauf zwischen November 2002 bis August 2004 hin (act. I-102). Daraufhin liess der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin die Krankengeschichte der Praxis Dr. D.____ sowie die Bestätigung der Behandlungstermine der Physiotherapiepraxis M.____ auflegen (act. I-105). Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin standen diese medizinischen Aufzeichnungen der Praxis Dr. D.____ in Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Juni 2002 bei der Erstellung des Gutachtens "gutso" zur Verfügung (act. II-



Zm 34 S. 18 f.). Zwar ist im Zeitraum April 2003 bis August 2004 aufgrund der Aktenlage nicht von einer Beschwerdefreiheit auszugehen, doch ist zweifellos eine Verbesserung verzeichnet (20. August 2003: "Nacken gut"; Dezember 2003: "Geht viel besser, Bf.: HWS frei beweglich, keine Zwangshaltung mehr"), die im Dezember 2003 zu einem Behandlungsabschluss bei Dr. D.____ führte (act. I-104/2). Im April 2004 ist denn auch von einem Rezidiv die Rede.

4.2.7 Insgesamt sind die von der Beschwerdeführerin angebrachten Einwände nicht

geeignet, Zweifel an den Schlussfolgerungen im Gutachten "gutso" bezüglich des Erreichens des Status quo sine zu erwecken. Beim Status quo sine handelt es sich um einen hypothetischen Zustand, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2, E. 3.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar, U 357/06, E. 4.6). Dr. G.____ ging davon aus, dass der Status quo sine bereits im Januar 2003 erreicht worden sei. Eine Abweichung von dieser Feststellung und eine Veranschlagung des Status quo sine auf Juni 2003 begründen die Experten mit den vorbestehenden degenerativen Veränderungen. Weshalb nicht auf das Gutachten von Dr. F.____ abzustellen ist, wurde im Gutachten nachvollziehbar erläutert. Der Umstand, dass seit dem Unfall anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen und eine damit verbundene Arbeitsunfähigkeit bestehen, spricht nicht automatisch für das Vorliegen anhaltender Unfallrestfolgen bzw. eine andauernde unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit. Die Leistungseinstellung des Unfallversicherers bedingt keine Beschwerdefreiheit bzw. volle Arbeitsfähigkeit. Entscheidend ist allein, ob der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Das Gutachten "gutso" erfüllt die an den Beweiswert eines Arztberichts gestellten Voraussetzungen (vgl. dazu BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Bezüglich des Erreichens des Status quo sine ist daher darauf abzustellen.

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, der psychiatrische Experte habe für die fachrelevante Beurteilung der natürlichen Kausalität der psychischen Beschwerden in



rechtlich offensichtlich unzulässiger Weise auf den "Eindruck" der Dolmetscherin abgestellt, was für die Unverwertbarkeit des entsprechenden Gutachtens spreche. Der Fachgutachter könne nicht einmal den Beginn der psychischen Beschwerden angeben, der jedoch bedeutsam sei für die Kausalitätsbeurteilung. Im Gutachten (act. II-Zm 34 S. 46 f.) erwähnt der neuropsychiatrische Experte, dass der eigentliche Psychostatus, im Besonderen die Einschätzung der Affektivität und der Stimmung, aufgrund der Übersetzungsdienste sehr erschwert sei. Aufgrund des Eindrucks der Übersetzerin, welche offensichtlich Erfahrung im Umgang mit ähnlichen Situationen habe, gehe hervor, dass sie die Beschwerdeführerin als deutlich depressiv erlebe und in ihrem affektiven Rapport sehr eingeschränkt empfinde. Zu anderen psychischen Funktionen, abgesehen von der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar sei und gemäss Informationen voll orientiert, lasse sich nichts Verbindliches sagen. So auch in Bezug auf den Denkablauf, wobei aufgrund der Kommunikation mit der Dolmetscherin eindeutig der Eindruck entstehe, dass die Gedankengänge verlangsamt seien, die Antworten auf die Fragen teilweise mit einer etwas langen Latenz kämen. Tatsächlich obliegt die fachrelevante Beurteilung dem psychiatrischen Experten und nicht der Dolmetscherin, insbesondere geht aus dem Gutachten auch nicht hervor, welche fachspezifische Qualifikation bzw. Erfahrung im Umgang mit ähnlichen Situationen letztere aufweisen soll. Andererseits stellte bereits Dr. F. ___ mit Gutachten vom 8. April 2008 fest, dass eine Depression vorhanden sei, und dieser Befund wurde auch im vorliegend bestrittenen Gutachten bestätigt (act. II-Zm 34 S. 54). Bestand, Ausmass und Beginn der psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin können vorliegend jedoch offen bleiben, da sich bei Verneinung der adäquaten Kausalität die Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhangs erübrigt.

5.2 Auch wenn nach Eintritt des Unfalls vom 17. Juni 2002 eine HWS-Distorsion im Raum stand und ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma diagnostiziert wurde (act. II-Zm 10, 16/03, 18, 34 S. 56), ist vorliegend nicht weiter zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin von einem Schleudertrauma oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung auszugehen ist. Zwar verschlimmerten sich die vorbestehenden Nackenschmerzen ca. 2 Stunden nach dem Unfall (act. II-Zm 1), was nach Rechtsprechung auch ohne Auftauchen des typischen Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen,



Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. innerhalb der Latenzzeit für ein HWS-Trauma spricht (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Allenfalls in Zusammenhang mit Schleudertraumata oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen geltend gemachte typische Beschwerden traten bei der Beschwerdeführerin jedoch erst viel später nach dem Unfall vom 17. Juni 2002, jedoch früher als der Unfall vom 19. September 2008 in Form von Schwindel, Lärmempfindlichkeit (Phonophobie) und Tinnitus (erstmalig dokumentiert am 4. Oktober 2004 im Bericht von Dr. J.____; act. II-Zm 16/03) sowie Depression (erstmalig dokumentiert am 8. April 2008 im Gutachten von Dr. F.____; act. II-Zm 17) auf. Deren Adäquanz ist daher anhand der Psychopraxis (BGE 115 V 133) zu prüfen.

5.3 Beide Unfälle sind unbestrittenermassen als mittlere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren. Damit müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Adäquanzkriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009, E. 5). Die Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindringlichkeit des Unfalls, der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, sind weder beim Heckauffahrunfall vom 17. Juni 2002, noch beim Unfall vom 19. September 2008 gegeben. Gegenteiliges geht weder aus den Akten hervor, noch wird dies von der Beschwerdeführerin geltend gemacht. Körperliche Dauerbeschwerden sind ebenfalls zu verneinen, da nach dem Unfall vom 17. Juni 2002 durchaus Verbesserungen zu verzeichnen waren (act. I-104/2; act. II-Zm 21) und die Beschwerden nach dem Unfall vom 19. September 2008 gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin in der Zwischenzeit völlig verschwunden seien und einzig im Bereich des rechten Knies medial noch eine gewisse verminderte Berührungsempfindlichkeit verblieben sei (act. II-Zm 34 S. 31). Bezüglich Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 17. Juni 2002 bis zum 20. November 2002 voll arbeitsunfähig war, danach jedoch ihre Arbeit als Tagesmutter wieder im gewohnten Pensum aufnahm (act. II-Zm 18 S. 9). Nach dem Unfall vom 19. September 2008 nahm sie die Arbeit als Haushaltshilfe am 10. Oktober 2008 wieder auf (act. II-I/19). Das Kriterium ist daher nicht als erfüllt zu betrachten. Die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen und ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische



Fehlentwicklungen auszulösen, ist nicht als erfüllt zu betrachten, zumal die Diskushernie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 17. Juni 2002 zurückzuführen ist und die vom Unfall vom 10. Oktober 2008 herrührenden Verletzungen abgeheilt sind. Besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben, sind aus den Akten nicht ersichtlich und erhebliche Komplikationen liegen unbestrittenermassen nicht vor. Da somit kein Kriterium erfüllt ist, ist die Adäquanz nicht gegeben.

6.

Zusammenfassend ist nicht anzunehmen, dass eine weitere (retrospektive) psychiatrische Abklärung zu einem anderen Ergebnis führen würde und es ist zu bestätigen, dass die Einstellung der Leistungen gestützt auf das Gutachten "gutso" bezüglich des Unfalls vom 17. Juni 2002 auf den 30. Juni 2003 und bezüglich des Unfalls vom 19. September 2008 auf den 31. Oktober 2008 zu Recht erfolgt ist. Insbesondere ist zum Antrag der Beschwerdeführerin auf eine unabhängige Begutachtung in ihrer Muttersprache anzumerken, dass sich weder aus dem verfassungsmässigen Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]) noch aus dessen Konkretisierung für das Abklärungsverfahren in Art. 42 und 52 ATSG ein Anspruch auf Durchführung einer medizinischen Abklärungsmassnahme in der Muttersprache der Versicherten oder unter Beizug eines Übersetzers ableiten lässt.

7.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.