

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00005 vom 29. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00005

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00005 du 29 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00005 del 29 ottobre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

1.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

1.3.1. 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).

1.3.2 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

1.3.3 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemäße Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

1.3.4 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 Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-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.).

1.3.5 Dort, wo die zum typischen Beschwerdebild eines sogenannten Schleudertraumas der Halswirbelsäule oder einer vergleichbaren Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, nimmt die hächstrichterliche Rechtsprechung die Adäquanzbeurteilung im Sinne einer Ausnahme nicht nach den besonderen, für das Schleudertrauma aufgestellten Kriterien, sondern nach wie vor nach den Kriterien für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall vor, die allein auf dem Ausmass und den Auswirkungen der organisch nachweisbaren Unfallfolgen basieren (vgl. BGE 127 V 102 E. 5b/bb, 123 V 98 E. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 ff.). Dieser Ausnahmetatbestand setzt nach der hächstrichterlichen Rechtsprechung voraus, dass die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eine eindeutige

Dominanz aufweist beziehungsweise - über einen längeren Zeitraum hin betrachtet - dass im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 Nr. U 465 S. 439 E. 3b; Urteile des Bundesgerichts U 457/04 vom 23. März 2005 E. 3, und U 151/01 vom 14. Oktober 2004 E. 4.2, je mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann hat das höchste Gericht wiederholt darauf hingewiesen, dass die besondere Adäquanzbeurteilung, die nicht zwischen physischen und psychischen Komponenten eines Beschwerdebildes differenziert, den Fällen vorbehalten sei, wo sich die psychische Problematik als Teil des typischen organisch-psychischen Beschwerdebildes des sogenannten Schleudertraumas der Halswirbelsäule darstelle oder wo eine psychische Fehlentwicklung mit diesem organisch-psychischen Beschwerdebild eng verflochten sei. Von diesen Fällen unterscheidet die Rechtsprechung diejenigen Fälle, wo sich nach einem Unfall, losgelöst vom organisch-psychischen Beschwerdebild eines sogenannten Schleudertraumas oder einer vergleichbaren Verletzung, eine selbständige, sekundäre psychische Gesundheitsschädigung manifestiert oder wo eine derartige selbständige psychische Beeinträchtigung vorbestanden hat und sich durch einen Unfall verschlimmert. Die Unfalladäquanz solcher selbständiger Gesundheitsschädigungen beurteilt die Rechtsprechung ebenfalls nach den allgemeinen, für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien (vgl. RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 ff., 2000 Nr. U 397 S. 327 ff.; Urteile des Bundesgerichts U 495/05 vom 7. Juni 2006 E. 3.1, U 238/05 vom 31. Mai 2006 E. 4 und U 331/03 vom 30. August 2004 E. 3.1.2, je mit Hinweisen).

1.4 Ä Ä Ä Ä Ist die Unfallkausalität eines bestimmten Gesundheitsschadens einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, währenddem die blosses Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen nicht genügt (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 76 E. 4b; vgl. auch RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b).

1.5 Ä Ä Ä Ä Für die Beurteilung von Rechtsfragen, denen medizinische Sachverhalte zugrunde liegen, ist das Gericht auf Angaben und Unterlagen von medizinischen Fachpersonen, namentlich von Ärztinnen und Ärzten, angewiesen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen);

AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist nach höchststrichterlicher Praxis entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a).

Nach Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein, wobei mündlich erteilte Auskünfte schriftlich festzuhalten sind.

Gemäss Art. 28 Abs. 1 ATSG haben die Versicherten und ihre Arbeitgeber beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken. Wer Versicherungsleistungen beansprucht, muss nach Art. 28 Abs. 2 ATSG unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind. Nach Art. 28 Abs. 3 ATSG haben Personen, die Versicherungsleistungen beanspruchen, alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärztinnen und Ärzte, Versicherungen sowie Amtsstellen im Einzelfall zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind, und diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet.

Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger nach Art. 43 Abs. 3 ATSG aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen (Satz 1). Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen, wobei ihnen eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen ist (Satz 2).

Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin weitere Leistungen für die Folgen der Unfälle vom 19. September 2001 und vom 2. August 2002 zu erbringen hat.

Die Beschwerdegegnerin hat mit den zwei Verfügungen vom 15. Mai 2009 (Urk. 13/2 S. 501-503 und Urk. 13/2 S. 504-507) separat über ihre Leistungspflicht für die Folgen der beiden Unfälle befunden. Die Leistungen für die Folgen des ersten Unfalls hat die Beschwerdegegnerin rückwirkend per Ende März 2002 eingestellt. Sie hat jedoch keine Rückforderung für darüber hinaus bereits erbrachte Leistungen erhoben, und zudem ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin für die Zeit zwischen Ende März 2002 und dem Datum des zweiten Unfalls vom 2. August 2002 weitere Leistungen geltend macht. In der Zeit nach dem zweiten Unfall hat die Beschwerdegegnerin bis Ende Dezember 2008 Leistungen erbracht. Strittig und Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist demnach nur die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ab Anfang Januar 2009. Ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, aufgrund derer ab diesem Zeitpunkt Leistungen beansprucht werden, auf den ersten oder auf den zweiten Unfall zurückzuführen sind, ist wohl für die Begründung des Entscheids über die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin, jedoch nicht für die Umschreibung des Streitgegenstandes von Bedeutung. Daher sind die beiden

VerfÄ¼gungen vom 15. Mai 2009 nicht separat auf ihre RechtmÄ¼ssigkeit hin zu Ä¼berprÄ¼fen, sondern es ist generell nach der Leistungspflicht ab Januar 2009 zu fragen. Dies entspricht denn auch dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid (vgl. Urk. 2 S. 3).

4.ÄÄÄÄÄÄ Die Beschwerdegegnerin begrÄ¼ndete die strittige Leistungseinstellung per Ende Dezember 2008 damit, dass nach Ende MÄ¼rz 2002 keine rechtserheblichen Folgen des Unfalls vom 19. September 2001 mehr bestanden hÄ¼tten und dass fÄ¼r die Beurteilung des Vorhandenseins von Folgen des Unfalls vom 2. August 2002 eine weitere Begutachtung erforderlich wÄ¼re, welche die BeschwerdefÄ¼hrerin jedoch verweigert habe. Deshalb sei ein Entscheid aufgrund der vorhandenen Akten im Sinne der Sanktion in Art. 43 Abs. 3 ATSG zu treffen, und da diese Akten kein abschliessendes Bild Ä¼ber das Ausmass des Gesundheitsschadens und Ä¼ber dessen wirtschaftliche Auswirkungen ergÄ¼ben, seien ab Ende Dezember 2008 keine Leistungen (mehr) geschuldet (Urk. 13/2 S. 502-503 und Urk. 13/2 S. 505, Urk. 2 S. 5 ff. und S. 13).

ÄÄÄÄÄÄ Es steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin gegenÄ¼ber der BeschwerdefÄ¼hrerin mit Schreiben vom 13. Februar 2009 (Urk. 13/2 S. 486-487; vgl. auch bereits das erste Schreiben vom 16. Mai 2007, Urk. 13/2 S. 405) wiederholt hatte, sie halte im Anschluss an die Begutachtung durch das R.____ (Gutachten vom 5. Februar 2007, Urk. 13/2 S. 351-394) eine weitere Begutachtung fÄ¼r erforderlich, und dass sie die BeschwerdefÄ¼hrerin unter Bekanntgabe der SÄ¼mnisfolge eines Entscheids aufgrund der vorhandenen Akten zur ErklÄ¼rung ihres EinverstÄ¼ndnisses aufgefordert hatte, dass aber die BeschwerdefÄ¼hrerin mit E-Mail vom 27. Februar 2009 ihre ablehnende Haltung bekrÄ¼ftigt hatte (Urk. 13/2 S. 491). Ob diese Ablehnung als Verletzung der Mitwirkungspflicht zu betrachten ist, ob damit die Voraussetzungen fÄ¼r einen Entscheid aufgrund der vorhandenen Akten im Sinne der SÄ¼mnisfolge in Art. 43 Abs. 3 ATSG gegeben sind und ob die verfÄ¼gte Leistungseinstellung per Ende 2008 die angemessene SÄ¼mnisfolge ist, kann indessen offen bleiben. Denn nach dem Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 19. November 2009 wurde die BeschwerdefÄ¼hrerin Anfang 2010 in der CC.____ zuhanden der IV-Stelle begutachtet, und dieses Gutachten vom 20. April 2010 (Urk. 41/167) wurde im vorliegenden Verfahren beigezogen. Diese zusÄ¼tzliche Beurteilung macht nun aber eine weitere interdisziplinÄ¼re Begutachtung entbehrlich. Die Parteien hatten im vorliegenden Verfahren Gelegenheit, sich zum neuesten, zuhanden der IV-Stelle erstellten Gutachten zu Ä¼ussern, und beide Parteien beschrÄ¼nkten ihre AusÄ¼hrungen nicht auf den Tatbestand der Mitwirkungspflichtverletzung, sondern nahmen generell zu den leistungsbestimmenden Erfordernissen des natÄ¼rlichen und adÄ¼quaten Kausalzusammenhangs und den dafÄ¼r massgebenden Kriterien Stellung. Damit ist ein abschliessender Entscheid Ä¼ber die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu treffen, fÄ¼r den eine allfÄ¼llige Mitwirkungspflichtverletzung nicht von Belang ist.

E. 5

5.1ÄÄÄÄ Nach dem Unfall vom 19. September 2001 suchte die BeschwerdefÄ¼hrerin gemÄ¼ss den Angaben von Dr. A.____ vom 2. Dezember 2001 erst am 15. Oktober 2010 den Arzt auf (Urk. 13/3 S. 9). Dr. B.____ fÄ¼hrte im Bericht vom 10. Dezember 2001 zwar aus, die BeschwerdefÄ¼hrerin habe sofort an Ä¼belkeit und einem Tremor gelitten, zunÄ¼chst seien Schmerzen in der gesamten rechten KÄ¼rperhÄ¼lfte aufgetreten und nach deren RÄ¼ckgang hÄ¼tten Nacken- und Kopfschmerzen persistiert, begleitet von

Schwindel, Übelkeit und Appetitlosigkeit (Urk. 13/3 S. 8). Für sich allein betrachtet erwecken diese Ausführungen den Anschein, es habe sich unmittelbar nach dem Unfall ein Beschwerdebild zu entwickeln begonnen, bei dem Nacken- und Kopfschmerzen dominiert hätten. Dr. E. ___ und lic. phil. F. ___ hielten in ihrem Bericht vom 19. April 2004 über die neuropsychologischen Untersuchungen dann aber die Sachverhaltsdarstellung der Beschwerdeführerin fest, sie habe nach den sofort aufgetretenen Schwindel- und Übelkeitsgefühlen die Formalitäten erledigt, sei nach Hause gefahren und habe zunächst wie gewohnt im Service weitergearbeitet. Erst etwa einen Monat später seien starke Kopf- und Nackenschmerzen, Übelkeit und Schwindel aufgetreten, was sie zunächst auf eine Grippe zurückgeführt habe (Urk. 13/2 S. 95). Eine vergleichbare Schilderung ist bereits im Bericht von Dr. C. ___ vom 21. Mai 2003 über die neurologische Abklärung wiedergegeben (Urk. 13/2 S. 60). Und im Zuweisungsschreiben an Dr. C. ___ vom 18. Mai 2003 hielt Dr. A. ___ ebenfalls fest, nach dem Ereignis vom 19. September 2001 seien bis auf eine Erregung und eine leichte Nausea keine Beschwerden aufgetreten, erst ab Ende September 2001 hätten persistierende, vom Nacken her ausstrahlende Kopfschmerzen bestanden (Urk. 13/2 S. 63).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss der medizinischen Literatur kann es bei einem Halswirbelsäulendistorsionsstrauma zusätzlich zu den peripheren Symptomen wie Nackenschmerzen und Nacken-Steifigkeit zum Auftreten von zentralen, zerebralen Beschwerden kommen, wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Gehörstörungen, Ohrgeräuschen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schluckstörungen und Augensymptomen in Form von Flimmer- oder Verschwommensehen. Dabei treten sowohl die peripheren als auch die zentralen Symptome typischerweise mit einer charakteristischen Latenz von 0-72 Stunden auf (Otte, Das Halswirbelsäulen-Schleudertrauma, Berlin Heidelberg New York 2001, S. 3). In seiner Rechtsprechung zum Nachweis einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule beruft sich das Bundesgericht auf diese medizinischen Erkenntnisse und erachtet eine Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule nur dann als nachgewiesen, wenn Nacken- und/oder Kopfschmerzen innerhalb einer Latenzzeit von 72 Stunden aufgetreten sind. Dabei betont es den hohen Stellenwert einer sorgfältigen Dokumentation der Symptomatik in den ersten Tagen nach dem Unfall (Urteil des Bundesgerichts 8C_662/2010 vom 27. September 2010, E. 8 mit Hinweis auf SVR 2007 UV Nr. 23 S. 75 E. 5; vgl auch RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts dieser Rechtsprechung ist nicht erstellt, dass die Kopf- und Nackenbeschwerden, wegen derer die Beschwerdeführerin Mitte Oktober 2001 ihren Hausarzt aufgesucht hatte, vom Unfall vom 19. September 2001 herrührten. Dies gilt umso mehr, als schon in der medizinischen Vorgeschichte der Beschwerdeführerin eine Kopfschmerzproblematik aufgetreten war, die im Jahr 1993 sowie in den Jahren 1997 und 1998 Anlass für neurologische Abklärungen und für eine Behandlung durch Dr. W. ___ gegeben hatte (Zuweisungsschreiben von Dr. A. ___ an Dr. C. ___ und an Dr. E. ___, Urk. 13/2 S. 62-64 und Urk. 13/2 S. 68-70; Bericht von Dr. A. ___ vom 12. Dezember 2007, Urk. 13/2 S. 460-461, mit dem beigelegten Bericht von Dr. W. ___ vom 7. März 2000, Urk. 13/2 S. 457-459). Der Beurteilung der Gutachter der Klinik J. ___ vom September 2004, dass der erste Unfall zu 50 % für die persistierende Symptomatik mit Kopfschmerzen, Schwindel, Nackenschmerzen und Störungen der Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit verantwortlich sei (Urk. 13/2 S. 194 und S. 196), kann unter diesen Umständen nicht gefolgt werden. Das Gleiche gilt für die Beurteilung der Gutachter

des R.____, die zwar von der Latenzzeit des Auftretts der Beschwerden Kenntnis nahmen, eine Beteiligung des Unfalls vom 19. September 2001 - zu einem Grad von 30 % - aber dennoch bejahten (Urk. 13/2 S. 357 und S. 370).

5.2.1 Dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 2. August 2002 eine Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule erlitt, ist demgegenüber nicht zu bezweifeln. Der Unfall ereignete sich am Freitagabend, und die Beschwerdeführerin begab sich am darauffolgenden Montag in die Behandlung von Dr. A.____ und berichtete ihm gemäss dem Arztzeugnis UVG vom 8. September 2002, dass eine Stunde nach dem Ereignis Kopfschmerzen aufgetreten seien und dass sie am Samstag zweimal erbrochen habe (Urk. 13/2 S. 33). Ausserdem protokollierte Dr. A.____ am 19. September 2002 im Zusatzfragebogen, dass sich eine Stunde nach dem Unfall auch Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung in die Schultern herausgebildet hätten (Urk. 13/2 S. 39), und er konstatierte bei der Erstkonsultation eine Einschränkung der Halswirbelsäule in ihrer Beweglichkeit, die vor diesem Unfall nicht bestanden habe (Urk. 13/2 S. 39 und S. 40). Unter diesen Umständen ist seine Diagnose einer Halswirbelsäulendistorsion (Urk. 13/2 S. 33) plausibel, und sie wurde auch von den nachfolgend mit der Beschwerdeführerin befassten medizinischen Fachpersonen, namentlich von den Gutachtern der Klinik J.____ (Urk. 13/2 S. 197), des R.____ (Urk. 13/2 S. 380) und der CC.____ (Urk. 41/167 S. 24, S. 25, S. 36, S. 44 und S. 45), nicht in Frage gestellt.

2. Sodann ist nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass das Beschwerdebild mit Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel, wie es im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung per Ende 2008 immer noch fortbestand (vgl. Urk. 41/167 S. 21), ab diesem Zeitpunkt ausschliesslich noch auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen war. Die Leistungseinstellung lässt sich daher nicht mit der Begründung rechtfertigen, Ende 2008 habe kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 2. August 2002 und den andauernden Beschwerden mehr bestanden.

E. 5.3

5.3.1.1 Dort, wo eine Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle diagnostiziert ist, sind allerdings die nach dem Ablauf einer gewissen Zeit weiterbestehenden Beschwerden in Anwendung der dargelegten, in BGE 134 V 109 ff. präzisierten Kriterien auf ihre Unfalladäquanz hin zu überprüfen. Ist diese Unfalladäquanz zu verneinen, so hat die Leistungseinstellung ungeachtet dessen zu erfolgen, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den persistierenden Beschwerden und dem Unfall weiterhin gegeben ist.

5.3.2.1 Es besteht Übereinstimmung darin, dass der Unfall vom 2. August 2002 zu keinen organisch nachweisbaren Befunden führte.

2. Dr. A.____ verzichtete bei der Erstuntersuchung auf die Anfertigung von Röntgenaufnahmen (Urk. 13/2 S. 33), und die Bilder - Funktionsaufnahmen der Halswirbelsäule in den Jahren 2004, 2005 und 2010, Magnetresonanztomographien der Halswirbelsäule im Jahr 2006 - gemäss der Übersicht im Gutachten der CC.____ (Urk. 41/167 S. 31, S. 35 und S. 37; vgl. auch die Bildkopien in Urk. 13/2 S. 272-282 und den Bericht der Klinik H.____ vom 24. Januar 2006, Urk. 13/2 S. 285-286) erbrachten gemäss der Beschreibung der CC.____-Gutachter (Urk. 41/167 S. 35 und S. 37) nur degenerative Veränderungen und einen möglichen Hinweis auf eine leichte Instabilität im Segment

Jahr 2007 diagnostizierten die Gutachter des R.____ eine rezidivierend depressive Störung, derzeit weitgehend remittiert, und eine Schmerzverarbeitungsstörung (unter Nennung von ICD-10 Code F54) im Sinne einer Fehlanpassung an die körperlichen Beschwerden (Urk. 13/2 S. 376), wobei sie auch den Diagnose-Code einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aufführten (ICD-10 Code F. 45.4; Urk. 13/2 S. 380). Die psychiatrische Teilgutachterin der CC.____ schliesslich stellte zwar keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, führte jedoch unter den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 Code F54) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auf (ICD-10 Code F.45.41; Urk. 41/167 S. 54 f.).

E. 5.5

5.5.1.1 Was die Rolle der psychischen Problematik im Rahmen der Gesamtheit der Beschwerden betrifft, so fällt auf, dass die Halswirbelsäulendistorsion in allen drei Gutachten nur als Anfangsverletzung aufgefasst ist, wogegen als aktuelle somatische Hauptdiagnose ein - unspezifisches - chronisches zervikozephalales Syndrom genannt ist (Urk. 13/2 S. 197, Urk. 13/2 S. 352 und S. 380, Urk. 41/167 S. 28 und S. 36). Sodann sprach Dr. C.____ bereits im Bericht vom 21. Mai 2003 von einem nur leichten, links betonten Zervikalsyndrom (Urk. 13/2 S. 59 und S. 60). Dies sind mögliche Hinweise darauf, dass die typische Symptomatik der Halswirbelsäulendistorsion schon bald nach dem Ereignis vom 2. August 2002 in den Hintergrund gerückt war.

5.5.2.2 Diese Hinweise werden gestützt durch die dargelegten Befunde von Seiten des Fachgebietes der Psychiatrie. So zeigen diese Befunde, dass schon frühzeitig nach dem zweiten Unfall, nämlich spätestens im Frühjahr 2003, eine psychische Problematik auftrat. Dass die psychische Problematik zudem einen selbständigen, nicht unmittelbar mit der Distorsionsproblematik verknüpften Charakter aufwies, wird durch die medizinische Vorgeschichte deutlich gemacht. Dr. W.____, der die Beschwerdeführerin bereits im Jahr 1993 wegen Kopfschmerzen behandelt hatte, führte nämlich in seinem Bericht an Dr. A.____ vom 7. März 2000 aus, die Beschwerdeführerin habe ihn im Jahr 1997 wieder aufgesucht, und neben zervikalen Kopfschmerzen und Spannungskopfschmerzen habe auch eine eindeutige Depression bei familiärer Konfliktsituation bestanden (Urk. 13/2 S. 458 und S. 459). Auch Dr. A.____ selber berichtete, insbesondere in seinen Zuweisungsschreiben an Dr. C.____ vom 18. Mai 2003 und an Dr. E.____ vom 2. November 2003 und dann wieder im Bericht vom 12. Dezember 2007, dass schon vor den beiden Unfallereignissen Kopfschmerzen vom Spannungstyp und eine depressive Tendenz bestanden hätten (Urk. 13/2 S. 63 und S. 64, Urk. 13/2 S. 70, Urk. 13/2 S. 460).

Die Vorzustände lassen nicht nur die depressive Seite der psychischen Problematik als eigenständiges, von der Symptomatik der Distorsionsverletzung zu trennendes Krankheitsbild erscheinen. Sie liefern vielmehr auch eine Bestätigung dafür, dass die als Schmerz- oder Schmerzverarbeitungsstörungen definierten psychischen Beeinträchtigungen von eigenständiger Natur sind. Anhaltspunkte dafür ergeben sich schon in den Gutachten der Klinik J.____ und des R.____, wo die Untersuchungen durch Dr. W.____ im ersten Fall gar nicht und im zweiten Fall nur aus zweiter Hand bekannt waren (vgl. Urk. 13/2 S. 357). So sprach Dr. L.____ in ihrem Teilgutachten der Klinik J.____ von einer Schmerzsymptomatik in Verbindung mit

emotionalen Konflikten und sozialen Problemen (Urk. 13/2 S. 188) - die Beschwerdeführerin lebte seit März 2002 von ihrem Ehemann getrennt, und im Jahr 2003 erfolgte die Scheidung (Bericht von Dr. E.____, Urk. 13/2 S. 93; Bericht von Dr. G.____ vom 26./30. März 2005, Urk. 41/27 S. 2; CC.____-Gutachten, Urk. 41/167 S. 15 f.). Dr. T.____ vom R.____ sodann interpretierte die Schmerzstörung und auch die Depression als Fehlanpassung und Ausdruck einer Überforderung im Umgang mit den körperlichen Schmerzen (Urk. 13/2 S. 376); dabei gingen die Gesamtgutachter auf den Umstand ein, dass die Beschwerdeführerin schon in den Jahren 1993-1998 an Nacken- und Kopfschmerzen gelitten hatte (Urk. 13/2 S. 370), und machten damit klar, dass sie für das Schmerzbild, soweit dieses einen somatischen Hintergrund hatte, nicht nur die Unfallereignisse verantwortlich machten. Und soweit sie ausführten, relevante psychische Vorzustände mit Auswirkung auf die psychophysische Leistungsfähigkeit seien nicht eruiert (Urk. 13/2 S. 370), so muss dies darauf zurückzuführen sein, dass sie den Bericht von Dr. W.____ vom 7. März 2000 nicht kannten, wo eine eindeutige Depression dokumentiert ist (Urk. 13/2 S. S. 458 und S. 459). Im psychiatrischen Teilgutachten der CC.____ schliesslich, wo der Bericht von Dr. W.____ vom 7. März 2000 vorgelegen hatte (vgl. Urk. 41/167 S. 2), führte Dr. KK.____ aus, der Ausgangspunkt des Schmerzgeschehens liege in einer körperlichen Störung, und durch psychische und physische Dekonditionierung, soziokulturelle Belastungsfaktoren und eine dysfunktionale Krankheitsbewältigung werde ein Chronifizierungsprozess aufrechterhalten. Die Schmerzwahrnehmung sei wahrscheinlich die Folge eines zentralen komplexen Integrationsprozesses auf der Basis von biologischem Stress auf die peripheren Nozizeptoren und auf der Basis von psychosozialen Stress; die Innenwahrnehmung sei eine Mischung aus Schmerz, Gefühl, Depression, Angst und Persönlichkeit (Urk. 41/167 S. 55).

5.5.3.4 Die Beschwerdeführerin lässt darauf hinweisen (vgl. Urk. 1 S. 7), dass die depressive Episode von den Gutachtern des R.____ als remittiert bezeichnet worden sei (vgl. Urk. 13/2 S. 376), und wendet sich damit sinngemäss gegen die Betrachtungsweise, dass über den ganzen Zeitraum seit dem zweiten Unfall vom 2. August 2002 eine psychische Problematik dominiert habe und die Symptomatik der eigentlichen Halswirbelsäulendistorsion von Anfang an im Hintergrund gestanden habe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Tatsächlich dokumentieren die Akten einen schwankenden Krankheitsverlauf. Während Dr. L.____ von der Klinik J.____ der Beschwerdeführerin im September 2004 bereits aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 13/2 S. 188) und eine depressive Stimmung beschrieben hatte (vgl. Urk. 13/2 S. 189), konnte sowohl der psychiatrische Gutachter des R.____ im Februar 2007 (Urk. 13/2 S. 376) als auch die Psychiaterin der CC.____ im Februar 2010 (Urk. 41/167 S. 55 f.) zur Zeit der Begutachtung keine klaren Anzeichen für eine Depression mehr ausmachen. Der Gutachter des R.____ bezeichnete die depressive Störung aber als rezidivierend und tat auf diese Weise dar, dass er einen Wiederauftritt der Problematik für möglich hielt, wie dies bereits vor den beiden Unfällen der Fall gewesen war. Schwankungen im psychophysischen Zustandsbild beobachteten denn auch die Fachleute der beruflichen Eingliederung des AA.____ und der EE.____. Gemäss dem Bericht des AA.____ vom 20. Februar 2008 über den dortigen Abklärungsaufenthalt wurde eine Verbesserung des Gesamtbefindens konstatiert (Urk. 41/76 S. 2); als sich im Rahmen des nachfolgenden Arbeitstrainings jedoch Schwierigkeiten beim Finden einer Praktikumsstelle zeigten, geriet die Beschwerdeführerin gemäss dem Bericht des

AA.____ vom 3. September 2008 in eine labile Verfassung und war zu Ende des Trainings wegen psychischer Belastung krankgeschrieben (Urk. 41/86 S. 2 f.). Die Beratungen durch P.____ führten dann wieder zu einer Stabilisierung (Bericht vom 5. Dezember 2008, Urk. 13/2 S. 482), und die Beschwerdeführerin konnte von November 2009 bis Februar 2010 mit Erfolg und guter Belastbarkeit das Belastbarkeitstraining bei der EE.____ durchlaufen (Urk. 41/151 und Urk. 41/159). Im Rahmen des darauffolgenden Aufbautrainings traten jedoch wieder gesundheitliche Schwankungen auf (Urk. 41/179 S. 2, Urk. 41/181 S. 3, Urk. 41/188 S. 2, Urk. 41/191 S. 1), und es kam zur vorzeitigen Beendigung des Trainings (Urk. 41/196 und Urk. 41/203) und zur Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der LL.____. Dort wurde eine neue depressive Episode, nunmehr schweren Grades, diagnostiziert (Urk. 41/213 und Urk. 33/25).

Die Labilität mit den Schwankungen im Zustand präsentiert sich damit als Eigenschaft der psychischen Störung; sie spricht demnach nicht gegen deren dominierende Stellung im gesamten Beschwerdebild und -verlauf und gegen die untergeordnete Rolle der Halswirbeldistorsionsverletzung.

Die Adäquanzbeurteilung hat somit nach den Kriterien für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall und nicht nach den spezifischen Kriterien zu erfolgen, wie sie die Rechtsprechung für die Folgen von Distorsionsverletzungen der Halswirbelsäule aufgestellt hat.

Dort, wo die Adäquanz nach den spezifischen Kriterien der Distorsionsverletzung zu prüfen ist, hat diese Prüfung nach der Rechtsprechung erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu erfolgen (Urteil des Bundesgerichts 8C_799/2009 vom 29. März 2010, E. 5 mit Hinweisen, unter anderem auf BGE 134 V 109). Die Beschwerdeführerin nimmt auf diese Rechtsprechung Bezug, wenn sie vorbringen lässt, die Heilbehandlung sei im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung immer noch im Gange gewesen (Urk. 1 S. 9). In Bezug auf die Adäquanz der verselbständigten psychischen Problematik stellt sich aber die Frage des Zeitpunktes der Adäquanzprüfung gar nicht, da die Adäquanz einer solchen Problematik ab dem Zeitpunkt ihres Auftretens zu prüfen ist.

Vorab ist festzuhalten, dass die Kriterien der Adäquanzbeurteilung nur anhand des zweiten Unfalls vom 2. August 2002 zu ermitteln sind, da nach dem vorstehend Dargelegten nicht nachgewiesen ist, dass der erste Unfall vom 19. September 2001 zu einer Verletzung geführt hatte.

E. 5.7

5.7.1 Was den Hergang des Unfalls vom 2. August 2002 betrifft, so war gemäss der Darstellung in der technischen Unfallanalyse vom 29. Dezember 2004 und in der biomechanischen Beurteilung vom 12. Januar 2005 der Wagen der Beschwerdeführerin in Fahrt begriffen, als ein einbiegendes Auto in dessen linke Seite fuhr (Urk. 13/2 S. 175 und S. 181). Die Analytiker ermittelten bezogen auf die Sitzposition der Beschwerdeführerin eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von maximal etwa 5 km/h (Urk. 13/2 S. 175 und S. 180), und die Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs siedelten sie unterhalb oder knapp innerhalb des Bereichs von 10-15 km/h an (Urk. 13/2 S. 181). Die Geschwindigkeitsänderung von 10 km/h wird gemäss verschiedenen medizinischen Lehrmeinungen als Harmlosigkeitsgrenze betrachtet (vgl. Claussen/Dehler/Montazem/Volle, Das HWS-Schleudertrauma - moderne medizinische

Erkenntnisse, Bremen 1999, S. 24 f.); die Verfasser der vorliegenden Beurteilung führen jedoch aus, dass bei seitlichen Kollisionen weniger klare wissenschaftliche Grundlagen für die Auswirkungen auf die Halswirbelsäule vorhanden seien (Urk. 13/2 S. 180). Sie bezeichneten die Fahrzeugbelastung aber als sehr niedrig (Urk. 13/2 S. 180), sodass der Unfall entsprechend der zutreffenden Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 12 S. 5 und S. 18) zwar als mittelschwer, aber an der unteren Grenze einzustufen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit sind in die Beurteilung der Unfalladäquanz die von der Rechtsprechung aufgestellten Zusatzkriterien einzubeziehen. Dabei sind lediglich die körperlich begründeten Beeinträchtigungen, also die Restbeschwerden der in den Hintergrund gerückten Distorsionsverletzung, massgebend.

5.7.2 Ä Ä Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Ein-drücklichkeit des Unfalls kann nicht gesprochen werden; der Umstand, dass die Beschwerdeführerin durch den Unfall in eine Art Schockzustand geriet (vgl. Urk. 13/2 S. 33), kann nicht durch eine objektiv augenfällige Dramatik des Unfallgeschehens erklärt werden. Sodann stuft die höchstgerichtliche Rechtsprechung die Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule für sich allein noch nicht als Verletzung besonderer Art im Sinne des entsprechenden weiteren Adäquanzkriteriums ein, sondern es bedarf hierfür besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 238 E. 5.2.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_491/2007 vom 28. Dezember 2007, E. 4.2.2 mit Hinweisen). Solche Umstände sind ebenfalls nicht ersichtlich; vielmehr führen die Verfasser der biomechanischen Beurteilung aus, es bestehe zwar ein Hinweis, dass die Beschwerdeführerin den Kopf zur Zeit der Kollision abgedreht gehalten habe, da jedoch eine Quantifizierung dieser Haltung mangels genauerer Angaben nicht möglich sei und die Fahrzeugbelastung sehr niedrig gewesen sei, könne der betreffende Umstand nicht in die Überlegungen einbezogen werden (Urk. 13/2 S. 180).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung liegt allein in Bezug auf die Restbeschwerden der Halswirbelsäulendistorsion ebenfalls nicht vor. Insbesondere galten die Abklärungen und Behandlungen in der Klinik H. in der Zeit von November 2005 bis April 2007 (vgl. Urk. 13/2 S. 228-336, Urk. 13/2 S. 348-349 und Urk. 13/2 S. 398-399) nicht nur den Kopf- und Nackenproblemen, sondern auch den Beschwerden im rechten Ellbogen. Die Unfallkausalität dieser letzteren Beschwerden ist indessen nicht überwiegend wahrscheinlich. Dr. G. nahm in ihrem Bericht vom 6. Januar 2006 zwar an, die Epikondylopathie sei durch die unfallbedingte Zervikobrachialgie ausgelöst worden (Urk. 13/2 S. 247); Dr. O. hingegen ging in der vertrauensärztlichen Kausalitätsbeurteilung vom 28. Oktober 2005 von einer selbständigen Erkrankung aus (Urk. 13/2 S. 221). Und die Gutachter des R. legten einleuchtend dar, eine Unfallkausalität der Ellbogenschmerzen sei allenfalls möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich, da die Latenzzeit seit dem Unfall bis zum Auftreten der Beschwerden lang sei und eine Epikondylopathia humero-radialis häufig als spontane Krankheit auftrete (Urk. 13/2 S. 371). Hinzu kommt, dass auch die Kopf- und Nackenbeschwerden nach dem oben Gesagten schon bald nach dem Auffahrunfall vom 2. August 2002 zu einem Teil der Schmerzstörung psychischen Hintergrunds zuzuordnen sind und die ärztliche Behandlung insoweit für das entsprechende Adäquanzkriterium nicht mehr massgebend ist. Das Gleiche gilt für die Kriterien der körperlichen Dauerschmerzen und des schwierigen Heilungsverlaufs. Deshalb sind diese beiden Kriterien höchstens in untergeordnetem Mass erfüllt. Eine ärztliche Fehlbehandlung

hat zweifellos nicht stattgefunden, sodass dieses Kriterium ohne Weiteres verneint werden kann.

Was schliesslich das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit betrifft, so kamen die Gutachter der Klinik J. ___ zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei im bisherigen Beruf als Serviceangestellte um 50 % und in einer angepassten Tätigkeit um etwa 25 % eingeschränkt wegen des zervikozephalen Syndroms und wegen der somatoformen Schmerzstörung (Urk. 13/2 S. 193 und S. 194). Hier muss, wie bei den vorstehend diskutierten Kriterien, ebenfalls bereits kurze Zeit nach dem Unfall nur noch von einer geringen Einschränkung allein aufgrund der unfallbedingten körperlichen Restbeschwerden ausgegangen werden, vor allem deshalb, weil die Psychiaterin die Beschwerdeführerin schon allein aus der Sicht ihres Fachgebietes als zu 50 % arbeitsunfähig erachtete (Urk. 13/2 S. 188). Die Gutachter des R. ___ gingen für den angestammten Beruf von einer rund 70%igen und für eine geeignetere Tätigkeiten von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 13/2 S. 368 und S. 369); wiederum ist aber zu beachten, dass die Gutachter auch einen unfallfremden Anteil an der Arbeitsunfähigkeit - von etwa der Hälfte - einbezogen (Urk. 13/2 S. 365 und S. 369). Damit ist schon aufgrund der beiden genannten früheren Gutachten das Kriterium der Ausprägung der Arbeitsunfähigkeit höchstens leichtgradig erfüllt, und es hat keinen zusätzlichen Einfluss auf die Adäquanzbeurteilung, dass die Gutachter der CC. ___ der Beschwerdeführerin sogar eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit im Service und für sämtliche weiteren, körperlich geeigneten Arbeiten attestierten (Urk. 41/167 S. 29).

5.7.3 Demnach können selbst dann, wenn man die eines organischen Substrats entbehrenden mit dem erlittenen HWS-Schleudertrauma vereinbaren somatischen Beschwerden in die Adäquanzprüfung miteinbezieht, von den sieben Adäquanzkriterien höchstens drei und alle drei höchstens in geringem Ausprägungsgrad bejaht werden. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Leistungseinstellung per Ende Dezember 2008 ist damit mit der Begründung der fehlenden Adäquanz eines allfälligen natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den fortbestehenden Beschwerden und dem Unfall vom 2. August 2002 gerechtfertigt.

6. Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Jean Baptiste Huber
- Fürsprecher Renée W. Schleifer
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2.

Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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