

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00051

vom 5. August 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00051

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00051 du 5 août 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00051 del 5 agosto 2013

Erwägungen

E. 1

Die 1988 geborene X.____ war seit dem 16. Mai 2008 als Verkäuferin bei der Y.____ AG angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch versichert (Urk. 9/1).

Am 19. März 2010 kollidierte das Auto, in dem sie, als sie in der 34. Woche schwanger war, als Beifahrerin unterwegs war, schräg-frontal mit einem entgegenkommenden, links abbiegenden Personenwagen (Urk. 9/1, Urk. 9/14, Urk. 9/46, Urk. 9/59). Die notfallmässig konsultierten Ärzte des Spitals Z.____ diagnostizierten einen traumatisch bedingten frühzeitigen Blasensprung mit vaginalem Blutabgang sowie eine Beckenkontusion rechts und äusserten den Verdacht auf eine nicht dislozierte Rippenfraktur links (Urk. 9/13 S. 1); am 20. März 2010 erfolgte eine notfallmässige Sectio

caesarea (Urk. 9/6, Urk. 9/13 S. 1). Nach der Entlassung aus dem Z.____, Frauenklinik, am 30. März 2012 diagnostizierten die (ambulant) behandelnden Ärzte eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS; vgl. etwa Urk. 9/19 S. 2, Urk. 9/48). Mit Verfügung vom 13. Oktober 2011 (Urk. 9/77) teilte die SUVA der Versicherten mit, dass die Leistungen per 31. Oktober 2011 eingestellt würden, da die anhalten den Beschwerden, denen kein objektivierbares organisches Korrelat zugrunde liege, in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum am 19. März 2010 erlittenen Unfall stünden. Der Krankenversicherer der Versicherten zog seine hingegen am 18. Oktober 2011 vorsorglich erhobene Einsprache (Urk. 9/78) am 16. November 2011 wieder zurück (Urk. 9/88); die Einsprache von X.____ (Urk. 9/82, Urk. 9/90) wies die SUVA am 26. Januar 2012 ab (Urk. 2).

E. 1.1

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 entfiel (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 Verwaltungsbeurteilung 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. 1.2

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungswise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. 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).

E. 1.5

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).

E. 1.6

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 Kausalzusammenhanges 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 z.B. 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 gehäufte 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 andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mit begünstigt 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).

E. 1.7

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).

E. 1.8

Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen

Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb , 123 V 98 E. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 1; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

E. 2

Gegen die oben Einspracheentscheid (Urk. 2) liess X. am 27. Februar 2012 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (Urk. 1 S. 2): "1.

In Aufhebung des Einspracheentscheides vom 26. Januar 2012 beziehungsweise der Verfügung der SUVA Basel vom 13. Oktober 2011 sei die Beschwerdeführerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über den 31. Oktober 2011 hinaus bis auf Weiteres die Versicherungsleistungen gemäss UVG zu erbringen. 2.

Eventuell seien durch das Gericht weitere medizinische Abklärungen im Sinne der nachfolgenden Ausführungen zu veranlassen. 3.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin."

Die SUVA schloss am 18. Mai 2012 auf Abweisung der Beschwerde (vgl.

Beschwerdeantwort, Urk. 1 S. 2).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die SUVA begründete die Leistungseinstellung damit, dass das Ereignis vom 19. März 2010 keine nachweisbaren strukturellen Läsionen gezeitigt habe und die über den 31. Oktober 2011 hinaus persistierenden, von Anfang an vordergründig psychisch bedingten Beschwerden in keinem

– nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien zu beurteilenden

– adäquaten Kausalzusammenhang zum fraglichen Verkehrsunfall stünden (Urk. 2 S. 5 ff. , Urk. 8 S. 4 f.). Die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens erübrige sich insofern, als es sich bei der im Zeitpunkt des – zu Recht per Ende Oktober 2011 erfolgten – Fallabschlusses zu prüfenden Frage der adäquaten Kausalität des Unfalls für die anhaltende Gesundheitsstörung um eine Rechts- und keine medizinische Frage handle (Urk. 8 S. 4).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die SUVA habe den medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt. So sei sie vor dem Fallabschluss weder kreisärztlich untersucht noch

psychiatrisch begutachtet worden. Entgegen den Ausführungen der SUVA seien

nach wie vor organische Beschwerden feststellbar (Urk. 1 S. 3 f.). In Anbetracht der Tatsache, dass sich die psychische Symptomatik erst allmählich in den Vordergrund geschoben habe, sei die Adäquanztprüfung - sofern diese denn überhaupt als notwendig erachtet werde - nach der Schleudertrauma-Praxis vorzunehmen. Da die anhaltende

gesundheitliche Beeinträchtigung in einem rechtsgenügenden Zusammenhang zum am 19. März 2010 erlittenen Unfall stehe, sei die SUVA weiterhin leistungspflichtig dafür (Urk. 1 S. 4 ff.).

E. 3

Am 3. Oktober 2011 berichtete Dr. C.____, es trete nur sehr langsam eine Besserung ein. Nach wie vor vertrage die Beschwerdeführerin die Physiotherapie schlecht. Sie ziehe sich mehr und mehr zurück in ihre Wohnung und sei – wegen zu vieler Arzt- und Physiotherapie-Termine – nervös und schlaflos. Sie leide unter Zukunftsängsten und könne sich nicht mehr vorstellen, so zu sein wie vor dem Unfall. Nebst den – in monatlichen Abständen erfolgenden – hausärztlichen Kontrollen fänden eine psychologische Kontrolle sowie eine Physiotherapie statt. In therapeutischer Hinsicht könnten keine Vorschläge gemacht werden; die Dauer der Behandlung sei ungewiss (Urk. 9/74 S. 1).

E. 3.1

Vom 20.

bis 30. März 2010 wurde die Beschwerdeführerin stationär von den Ärzten des Z.____, Frauenklinik, behandelt. In ihrem Bericht vom 5. Mai 2010 (Urk. 9/6) diagnostizierten diese einen traumatischen vorzeitigen Blasensprung (Premature

Rupture of Membranes [PROM]) in der Schwangerschaftswoche 34+6. Die Beschwerdeführerin habe über Schmerzen im Bereich der linken Thoraxwand und des rechten Beckens geklagt. Es sei eine Sectio

caesarea durchgeführt worden. Die daraufhin erfolgte radiologische Untersuchung des Beckens habe einen unauffälligen Befund ergeben.

E. 3.2

Die Ärzte des Spitals A.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, hielten am 11. Juni 2010 fest, die Beschwerdeführerin habe nach dem schweren Autounfall vom 19. März 2010 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) entwickelt und leide überdies an einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik (ICD-10 F32.1; Urk. 9/9 S. 1). Es sei ihr empfohlen worden, sich einer ambulanten Psychotherapie zu unterziehen (Urk. 9/9 S. 2).

E. 3.3

In ihrem Bericht vom 2. August 2010 stellten die Ärzte des Z.____, Frauenklinik, nachstehende Diagnosen (Urk. 9/13 S. 1): - Traumatisch bedingter frühzeitiger Blasensprung mit vaginalem Blutabgang - Beckenkontusion rechts - Verdacht auf nicht dislozierte Rippenfraktur links

Seit dem Klinikeintritt hätten sich weder die Beschwerdeführerin noch deren ungeborenes Kind in Lebensgefahr befunden. Betreffend den vorzeitigen Blasensprung mit vaginalem Blutabgang habe eine notfallmässige Sectio

caesarea durchgeführt werden müssen; die weiteren Verletzungen hätten – mit Schmerzmitteln - konservativ behandelt werden können (Urk. 9/13 S. 1). Der postoperative gynäkologische Verlauf sei unauffällig gewesen. Aufgrund der traumatisierenden Ereignisse sei die Beschwerdeführerin psychologisch betreut worden; die psychologische Behandlung sei auch nach dem Klinikaustritt weitergeführt worden (Urk. 9/13 S. 2).

E. 3.4

B.____, MSc., Psychotherapeutin SPV, stellte am 17. Juli 2010 folgende Diagnosen (Urk. 9/25 S. 1 = Urk. 9/18 S. 2): - Posttraumatisches Belastungssyndrom, ICD-10 F43.1 - Agoraphobie, ICD-10 F40.0 - Mindestens mittelschwere depressive Störung, ICD-10 F32.01 - Status nach Mild Traumatic Brain Injury (MTBI) und/oder Distorsions trauma der HWS mit anhaltendem Schmerzsyndrom, neuropsychologischen Funktionsstörungen und psychoreaktiver Depression

E. 3.5

Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 21. September 2010 nachstehende Diagnosen (Urk. 9/19 S. 2): - Status nach HWS-Distorsionstrauma mit anhaltendem Schmerzsyndrom infolge eines Autounfalls am 19. März 2010 - Posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1 - Mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik, ICD-10 F32.1 - Bulimia

nervosa

Die radiologische Untersuchung des Thorax sowie des Beckens und des rechten Hüftgelenks vom 19. beziehungsweise 20. März 2010 und das MRI des Schädels und der HWS vom 15. Juli 2010 (vgl. Urk. 9/48) hätten einen unauffälligen Befund ergeben (Urk. 9/19 S. 2). Seit dem 21. Juni 2010 stehe die Beschwerdeführerin in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Die gleichzeitig begonnene Physiotherapie habe sie wegen starker Schmerzen wieder abgebrochen. Nebst der - im Vordergrund stehenden - psychischen Symptomatik leide sie an Nacken- und Hinterkopfschmerzen (Urk. 9/19 S. 1). Seit dem 19. März 2010 und bis auf Weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/19 S. 2).

E. 3.6

Gestützt auf die Ergebnisse seiner am 20. September 2010 durchgeführten Untersuchung stellte Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, am 21. September 2010 nachstehende Diagnosen (Urk. 9/20 S. 1): - Status nach Autounfall mit Frontalkollision am 19. März 2010 mit Überdehnungstrauma der HWS und Commotio cerebri - Posttraumatische Belastungsstörung und depressive Entwicklung

Die Beschwerdeführerin habe sich beim Unfall Rippenfrakturen, ein Überdehnungstrauma der HWS sowie eine Commotio cerebri mit wahrscheinlich mehrminütiger Bewusstlosigkeit zugezogen. Es bestehe ein deutliches zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit eingeschränkter Beweglichkeit sowie palpativ verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Die Kopfschmerzen seien der Commotio cerebri zuzuordnen; ob eine minimale Hirnschädigung bestehe, lasse sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilen; diesbezüglich sei jedenfalls eine neuropsychologische Abklärung indiziert. In psychischer Hinsicht bestünden Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit hauptsächlich Albträumen sowie eine Depression. Im Gespräch sei zudem der Eindruck entstanden, dass die Beschwerdeführerin mit ihrer Situation, insbesondere auch mit ihrem Kind, völlig überfordert sei. Es sei dringend eine regelmässige psychiatrische Behandlung angezeigt (Urk. 9/20 S. 3).

E. 3.7

Die Psychotherapeutin B.____ bestätigte am 8. Februar 2011 die am 17. Juli 2010 gestellten Diagnosen (vgl. Urk. 9/25 S. 1) und ersuchte die SUVA um Kostengutsprache für eine

neuropsychologische Abklärung. Aufgrund der Schilderungen der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass eine neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigung mit Antriebs- und Vigilanzstörung, eine massive Konzentrations- und geteilte Aufmerksamkeitsstörung sowie Defizite der Reizverarbeitung mit einer verminderten kognitiven Flexibilität vorlägen. Im Verlauf erscheine nun als fraglich, ob die Symptome rein psychogener Natur seien (Urk. 9/34).

E. 3.8

Dr. C.____ stellte am 1. Februar 2011 nachstehende Diagnosen (Urk. 9/43 S. 1): - Status nach HWS-Distorsionstrauma mit anhaltendem Schmerzsyndrom infolge eines Autounfalls am 19. März 2010 - Posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1 - Mittelgradige ausgeprägte depressive Symptomatik, ICD-10 F32.1 - Bulimia

nervosa

Der Gesundheitszustand habe sich im Verlauf nicht gebessert. Es fänden einmal pro Monat hausärztliche Kontrollen statt; zudem werde eine Psychotherapie durchgeführt; die Dauer der Behandlung sei ungewiss (Urk. 9/43 S. 1).

E. 3.9

Die Neuropsychologin Dr. phil. E.____ hielt in ihrem Bericht vom 4. April 2011 (Urk. 9/51) fest, die Beschwerdeführerin leide an Nacken- und Kopfschmerzen, Schwindel sowie Konzentrationsstörungen. Es lägen neuropsychologische Funktionsstörungen vor. Im Vordergrund stünden die schnelle kognitive Erschöpfung, die visuelle Störbarkeit, ein verlangsamtes Scannen sowie eine reduzierte Aufmerksamkeit und eine verminderte Konzentration

Dauerbelastbarkeit. Weiter zu beobachten seien ein deutlich erschwertes Erfassen sowie ein reduziertes Lernen und Behalten; längere Handlungsabläufe beinhalteten Fehler, und die Fehlerkontrolle sei erschwert. Schliesslich seien erschwerte Umstellungen und eine perseverative Tendenz zu konstatieren. Die erhobenen Befunde entsprächen einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung, und das Störungsmuster dem Störungsbild nach einem Unfall mit Commotio cerebri, wie ihn die Beschwerdeführerin erlitten habe. An sich sei eine neuropsychologische Therapie indiziert, die Beschwerdeführerin sei aber mit all den Terminen überfordert (Urk. 9/51 S. 4). Sofern sich die neuropsychologischen Störungen in nächster Zeit nicht spontan verbesserten, sei eine entsprechende Behandlung durchzuführen (Urk. 9/51 S. 5).

E. 3.10

Die Ärzte der F.____ hielten auf entsprechende Anfrage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin am 12. April 2011 fest, diese sei im Hinblick auf eine Krisenintervention am 22. März 2010 vom Behandlungsteam des Z.____, Frauenklinik, zur psychologischen Betreuung angemeldet und daraufhin bis Mitte April 2010 begleitet und behandelt worden. Sie habe nach dem Autounfall und der Geburt ihres Sohnes deutliche Symptome einer akuten Belastungsreaktion mittleren Schweregrades (ICD 10 F43.1) gezeigt. Es sei nur allmählich eine Verbesserung der Symptomatik eingetreten, wobei sich auch die positive Entwicklung des Sohnes und dessen Entlassung aus der Klinik kaum auf die Beschwerden ausgewirkt hätten. Die Restsymptomatik mit noch persistierenden Intrusionen und Vermeidungsverhalten sei allenfalls Hinweis auf eine beginnende posttraumatische

Belastungs störung gewesen (Urk. 3).

E. 3.11

Aufgrund der Akten gelangte Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Allge meine Medizin, Kreisarzt der SUVA, am 19. Mai 2011 zum Schluss, dass in somatischer Hinsicht weder weiterer Beh andlungsbedarf noch Verbesserungs möglichkeiten bestünden. Der Unfall vom 19. März 2010 habe keine objekti vierbar e strukturelle Schädigung gezeitigt. Die von der Neuropsychologin Dr. phil. E.____ festgestellte mittelschwere Funktionsstörung sei wahrscheinlich psychischer Genese . Dass die Beschwerden gemäss dem Ergebnis der biomecha nischen Triage vom 10. Mai 2011 (vgl. Urk. 9/59) eher erklärbar seien, erscheine angesichts der Chronifizierung zwar durchaus plausibel ,

sie basierten indes auf keinen somatischen Befunden (Urk. 9/63).

E. 3.12

Dr. C.____ gab am 22. Juli 2011 an , es stelle sich – bei unveränderten Diagnosen – nur sehr zögernd eine Besserung ein. Die hausärztlichen Kontrollen fänden einmal pro Monat statt; zudem unterziehe sich die Beschwerdeführerin einer Psycho- und einer Physiotherapie (Urk. 9/67 S. 1). Die Dauer der Behand lung sei ungewiss (Urk. 9/67 S. 2).

E. 4

Nach Kenntnissnahme der aktuellen Arztberichte gelangte Kreisarzt Dr. G.____

am 10. Oktober 2011 zum Schluss, dass an der Beurteilung vom 19. Mai 2011 (Urk. 9/63) festgehalten werden könne. Von der weiteren Behandlung sei keine Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten (Urk. 9/75).

E. 4.1

Aufgrund der Akten ist zu schliessen, dass die Verletzungen im Bereich des Beckens und des Thorax (rechtsseitige Beckenkontusion sowie

differential diagnostisch - nicht dislozierte Rippenfraktur links [Urk. 9/13 S. 1]) unter konservativer Behandlung (Analgesie) schon bald nach dem Unfall vom 19. März 2010 folgenlos abheilten (vgl. insbesondere Urk. 9/13 S. 2 und Urk. 9/19 S. 2). Den medizinischen Berichten ist sodann zu entnehmen, dass die Beschwerde führerin sich beim fraglichen Ereignis eine Distorsion der HWS beziehungsweise eine Commotio cerebri zuzog und in der Folge – in Form einer Einschränkung der HWS-Beweglichkeit sowie von Nacken- und Kopfschmerzen, Schwindel, neuropsychologischen Funktionsstörungen, rascher Ermüdbarkeit und De pression (vgl. Urk. 9/19 S. 1; Urk. 9/20 S. 3, Urk. 9/25, Urk. 9/34, Urk. 9/51 S. 4, Urk. 9/74 S. 1, Urk. 9/85 S. 2, Anhang 1 zu Urk. 9/90 , Anhang 2 zu Urk. 9/90 S. 2, Urk. 3) – über Beeinträchtigungen klagte, die zumindest teil weise dem für eine derartige Läsion typischen Beschwerdebild (vgl. E. 1.2) ent sprachen.

E. 4.2

Entgegen den entsprechenden Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 3 f.) hat der Unfall gemäss den diesbezüglich im Einklang stehenden medizi nischen Akten – abgesehen von der

möglichen Rippenfraktur – keine objekti vierbaren Schäden gezeitigt .

Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind . Von organisch objektiv

ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit – wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden .

Myofasziale und tendinotische beziehungsweise myotendinotische Befunde, Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit (Urk. 1 S. 3 f.) beispielsweise können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C _ 33/2008 vom 20. August 2008 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 4.3.1

Nach Lage der Akten litt die Beschwerdeführerin noch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung der SUVA per 31. Oktober 2011 (Urk. 2) hinaus unter – zumindest teilweise – unfallkausalen somatischen und psychischen Beschwerden. Da der Unfall, wie dargelegt, zu keinen relevanten strukturellen Läsionen geführt hat, wäre eine über den Fallabschluss hinaus bestehende Leistungspflicht der SUVA im Zusammenhang mit der Kollision vom 19. März 2010 nur dann zu bejahen, wenn die entsprechende Beurteilung ergäbe, dass zwischen den über Ende Oktober 2011 hinaus geklagten Beschwerden und dem fraglichen Ereignis ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 4.3.2

Aus den zitierten medizinischen Berichten geht einhellig hervor, dass unmittelbar nach dem Unfall eine

in der Folge anhaltende massive psychische Symptomatik auftrat, die - jedenfalls insoweit, als sie von den Ärzten auf eine post traumatische Belastungsstörung zurückgeführt wurde (Urk. 9/9 S. 1, Urk. 9/19 S. 2, Urk. 9/20 S. 1, Urk. 9/43 S. 1, Urk. 9/85 S. 1, Anhang 2 zu Urk. 9/90 S. 1, Urk. 3)

- als selbständige, unabhängig von den verschiedenen im Zusammenhang mit der HWS-Distorsion aufgetretenen Symptomen bestehende Störung zu betrachten ist. Sofern und soweit die psychische Beeinträchtigung als Teil des typischen Beschwerdebildes nach einem Schleudertrauma der HWS beziehungsweise einer diesem äquivalenten Verletzung zu interpretieren ist, prägte sie nach Lage der Akten von Anfang an und im gesamten Verlauf das Beschwerdebild und stand gegenüber den geklagten somatischen Beschwerden eindeutig im Vordergrund . So fanden Beschwerden im Bereich der HWS und/oder Kopfschmerzen in den anfänglichen Arztberichten gar keine Erwähnung (Urk. 9/6, Urk. 9/9, Urk. 9/13) . Auch wurden – nach der notfall mässigen

Se ctio

caesarea am 20. März 2010 – bis zur Verordnung einer Physiotherapie am 21. Juni 2010 (Urk. 9/19 S. 1) in körperlicher Hinsicht keine Behandlungen durchgeführt. Betreffend die psychischen

Beschwerden , die unmittelbar nach dem Unfall auftraten und seither – nach Lage der Akten unvermindert (Urk. 9/43 S. 1, Anhang 2 zu Urk. 9/90) – anhalten, unterzieht sich die Beschwerdeführerin dagegen bereits seit dem 22. März 2010 einer Behandlung (Urk. 3, Urk. 9/13 S. 2, Urk. 9/25 , Urk. 9/43 S. 1, Urk. 9/67 S. 1, Urk. 9/74 S. 1, Urk. 9/85 S. 2, Anhang 2 zu Urk. 9/90). Dr. C.____ hielt am 21. September 2010 denn auch explizit fest,

dass die psychische Symptomatik gegenüber den Nacken- und Kopfschmerzen im Vordergrund stehe (Urk. 9/19 S. 1), was der Neurologe Dr. D.____, nachdem er die Beschwerde führer in erneut eingehend untersucht hatte, in der Folge in seinem Bericht vom 2. November 2011 bestätigte (Urk. 9/85 S. 2).

E. 4.3.3

Angesichts der als selbständige psychische Störung zu betrachtenden posttraumatischen Belastungsstörung und der das Beschwerdebild während des gesamten Heilungsverlaufs dominierenden weiteren psychischen Beeinträchtigungen prüfte die SUVA die Adäquanz zu Recht nach der zwischen psychischen und physischen Komponenten unterscheidenden Rechtsprechung nach BGE 115 V 133 (Urk. 2 S. 6 ff.). Da die in Bezug auf die somatischen Gesundheitsstörungen einzig (zeitweise) verordnete Physiotherapie von Anfang an

keinen Erfolg brachte (Urk. 9/19 S. 1, Urk. 9/29, Urk. 9/43 S. 1, Urk. 9/53,

Urk. 9/66, Urk. 9/69, Urk. 9/73, Urk. 9/85 S. 2, Anhang 1 zu Urk. 9/90) und andere Behandlungen

von den Ärzten nicht für indiziert gehalten wurden (vgl. insbesondere Bericht Dr. C.____ vom 3. Oktober 2011 [Urk. 9/74 S. 1], und Bericht Dr. D.____ vom 2. November 2011 [Urk. 9/85 S. 2]), erfolgte der Fallabschluss - entgegen den diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 3) - nicht verfrüht (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 4).

E. 4.3.4

Beim Ereignis vom 19. März 2010 kollidierte das Auto, in dem die Beschwerdeführerin als Beifahrerin ihres Ehemanns unterwegs war, auf einer Autobahn ausfahrt im Bereich einer Strasseneinmündung seitlich frontal mit einem entgegenkommenden, links abbiegenden Personenwagen. Der Ehegatte der Beschwerdeführerin zog sich dabei leichte Verletzungen am Handgelenk zu; die Lenkerin des anderen Fahrzeugs erlitt einen Schock (vgl. Polizeirapport, Urk. 9/14 S. 2 ff.). Das Auto, in dem sich die Beschwerdeführerin befand, erfuhr bei der Kollision eine - vor allem im Sinne einer Verlangsamung wirkende - Geschwindigkeitsänderung (delta-v) von 20 bis 30 km/h (vgl. biomechanische Kurzbeurteilung vom 10. Mai 2011, Urk. 9/59 S. 2). Eine derartige Kollision ist praxisgemäss höchstens als mittelschwerer Unfall im engeren Sinne einzustufen (Zum - vorliegend allerdings nicht entscheiderelevanten - Spannungsverhältnis zwischen der diagnostischen Einordnung eines Störungsbildes als PTBS gemäss ICD-10 und der Beurteilung der Unfallschwere vgl. Hans-Jakob Mosimann, Die Rechtsprechung zur posttraumatischen Belastungsstörung [PTBS], in: Berufliche Vorsorge-Stellwerk der Sozialen Sicherheit, Zürich 2013, S. 183 f.). Die Adäquanz kann daher nur bejaht werden, wenn zumindest drei der sieben Kriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_617/2010 vom 15. Februar 2011 E. 3.2.2 und E. 3.3 mit Hinweisen).

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

Zu berücksichtigen ist nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_9/2010 vom 11. Juni 2010 E. 3.7.1 mit Hinweisen). Angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalls in der 34. Woche schwanger war und die Kollision als wesentlich bedrohlicher - als Gefahr nicht nur für das eigene Leben, sondern auch für das ihres ungeborenen Kindes - empfand, ist eine besondere Eindringlichkeit des Ereignisses auch bei einer objektivierten Betrachtungsweise nicht in Abrede zu stellen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_635/2011 vom 7. November 2011 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Unter Mitberücksichtigung der übrigen objektiven Begleitumstände erscheint das Kriterium somit zwar als erfüllt, indessen nicht in besonders ausgeprägter Weise. Mit dem frühzeitigen Blasensprung mit vaginalem Blutabgang, infolge dessen die Beschwerdeführerin am Tag nach dem Unfall per notfallmässiger durchgeführter Sectio

caesarea einen gesunden, sich daraufhin positiv entwickelnden Knaben zur Welt brachte, und mit der Beckenkontusion rechts sowie der (möglichen) nicht dislozierten Rippenfraktur links

(Urk. 9/6, Urk. 9/13, Urk. 3) zog sich die Beschwerdeführerin keine schweren oder in ihrer Art besonderen Verletzungen zu, die sich erfahrungsgemäss eignen, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Da der postoperative gynäkologische Verlauf unauffällig war und die weiteren Verletzungen unter konservativer Behandlung schon bald folgenlos abheilten (Urk. 9/13 S. 2), sind die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen, des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen sowie des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ebenfalls zu verneinen. Schliesslich gibt es in den Akten auch keine Anhaltspunkte für eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung.

E. 4.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass, da weder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist noch mehrere unfallbezogene Merkmale gehäuft vorliegen, der Kollision vom 19. März 2010 keine massgebende Bedeutung für die noch über den 31. Oktober 2011 hinaus anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zukommt. Insofern erübrigen sich sowohl betreffend die - jedenfalls mit keinem organischen Korrelat erklärbaren - geklagten somatischen Beschwerden als auch hinsichtlich der psychischen Symptomatik weitere Abklärungen (Urk. 1 S. 2 und S. 3). Die Einstellung der Versicherungsleistungen durch die SUVA per Ende Oktober 2011 (Urk. 2) ist demnach mangels

eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem fraglichen Unfall und der noch andauernden gesundheitlichen Störung zu Recht erfolgt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs Christen - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Progrès Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubFischer AN/AF/MP versandt

E. 5

In seiner auf den Akten basierenden Beurteilung vom 11. Oktober 2011 bekräf tige Kreisarzt Dr. G.____ nochmals , dass die geklagten Beschwerden einer organischen Grundlage entbehrten. Die fortgesetzte Physiotherapie habe defen siven Charakter; jede Behandlung werde zur weiteren Chronifizierung der Beschwerden beitragen (Urk. 9/76 S. 1).

E. 6

Nachdem er die Beschwerdeführer in am 1. November 2011 erneut untersucht hatte, stellte Dr. D.____ in seinem Bericht vom 2. November 2011 folgende Diagnosen (Urk. 9/85 S. 1): - Status nach Autounfall mit Frontalkollision am 19. März 2010 mit Über dehnungstrauma der HWS und Commotio cerebri - Posttraumatische Belastungsstörung mit depressiver Entwicklung

Die Beschwerden, insbesondere die Schmerzen und der Schwindel, hätten sich nach Angaben der Beschwerdeführerin im Vergleich zur Voruntersuchung vom September 2010 verschlechtert. Der neurologische Befund sei indes unverändert. Die Beschwerdeführerin weise eine schmerzbedingte Einschränkung der Beweg lichkeit der HWS um 50 % mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur auf beiden Seiten auf. Neurologische Ausfälle bestünden keine. Die Muskeleigenreflexe seien mittellebhaft und seitengleich auslösbar; Pyramidenzeichen seien nicht vorhanden. Die Beschwerden und Befunde seien zweifellos Folgen des Unfalls vom 19. März 2010; allerdings bestehe nach wie vor der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung mit depressiver Entwicklung. Therapeutisch stehe die Behandlung der psychi schen Symptomatik im Vordergrund. Gemäss der Beschwerdeführerin sei nun eine antidepressive Behandlung vorgesehen (Urk. 9/85 S. 2).

E. 7

Dr. med. H.____ , Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte am 29. November 2011 nachstehende Diagnosen (Anhang 1 zu Urk. 9/90): - Distorsionstrauma der HWS - Commotio cerebri - Reaktive Depression

Seit September 2010 sei es zu keiner wesentlichen Veränderung des Gesundheits zustandes gekommen . Jede forcierte Bewegung des Kopfes führe zu Schmerzausstrahlung in beide Arme; neuerdings bestünden - im Rahmen einer ausgedehnten muskulären Verspannung über den ganzen Rücken - auch im thorakolumbalen Bereich Schmerzen mit Ausstrahlungen in beide Beine . Objek tiv stünden multiple Tendomyo sen paravertebral beidseits mit stark einge schränkter Beweglichkeit der HWS, weniger auch der

Brustwirbelsäule (BWS), im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin fühle sich allgemein schwach, sei von Schmerzen geplagt und klage über Konzentrationsschwäche und ständige Kopfschmerzen. Die Fortsetzung der Physiotherapie mit Mobilisation und Kräftigung der gesamten Wirbelsäule sei sicherlich indiziert. Unfallbedingt bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nebst einer analgetischen Behandlung und Heilgymnastik falle angesichts der muskulären Dysbalance perspektivisch auch ein Fitnessstraining in Betracht.

E. 8

Die Psychotherapeutin B.____

stellte in ihrem Bericht vom 29. Dezember 2011 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (Anhang 2 zu Urk. 9/90 S. 1): - Chronische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), mittel schwere kognitive Funktionsstörung, chronisches Schmerzsyndrom - Agoraphobie, ICD-10 F40.0 - Depressive Störung, aktuell mittelgradig, ICD-10 F32.1 - Bulimia

nervosa (unfallfremde Diagnose, durch Unfall aber deutlich aggraviert), ICD-10 F50.2

Die nach dem Unfall erfolgte Notoperation sei objektiv geeignet gewesen, die bei der Beschwerdeführerin vorliegende psychische Symptomatik auszulösen (Anhang 2 zu Urk. 9/90 S. 2). 4 .

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