

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00083 vom 15. November 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-11-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00083

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00083 du 15 novembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00083 del 15 novembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des

Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – so weit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 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 anderen Worten nicht wegedacht 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 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).

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Da hin fallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S.

45; BGE 119 V 7 E.

3c/aa). Da es sich hiebei 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 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76). 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

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 der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E.

5b/aa, 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91).

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). An der Seite 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 bei spielsweise 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 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). 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten

(Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E.

3a, 122 V 157 E.

1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E.

1c; vgl. auch 123 V 331 E.

1c).

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 6. März 2012 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 19. April 2012 Beschwerde und beantragte, es seien ihr bis zum Abschluss der Heilbehandlungen die gesetzlichen Leistungen zu gewähren. Eventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Ferner reichte sie einen medizinischen Bericht (Urk. 3) ein. Mit Beschwerdeantwort vom 29. Mai 2012 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8 S. 2), was der Beschwerdeführerin am 10. Juli 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Am 1. Juli 2013 erfolgte eine weitere Eingabe der Beschwerdeführerin (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin, abgesehen von einer Sternumfraktur, welche gemäss ärztlicher Beurteilung konsolidiert und ohne relevante Restfolgen abgeheilt sei, keine relevanten objektiven Unfallrestfolgen mehr vorliegen.

Die vom Z.____ gestellte Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) sei nicht nachvollziehbar, da weder Hinweise auf Beschwerden im Bereich der HWS nach dem Unfall vorgelegt hätten, noch sich diese Diagnose im Dokumentationsbogen betreffend zervikale Beschleunigungstraumata finden lasse. Ausserdem stünden die psychischen beziehungsweise nicht objektivierbaren geklagten Beschwerden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 21. Juli 2010 (Urk. 2 S. 3 ff.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber im Wesentlichen geltend, nach dem Unfall seien epilepsieartige Zustände festgestellt und nicht rechtsgenügend abgeklärt worden.

Diese könnten durchaus auf die vom Z.____ konstatierte Commotio Cerebri zurück geführt werden und seien da mit richtungsgebend

für weitere Abklärungen seitens der Beschwerdegegnerin (S. 3).

Gemäss

Gutachten von Dr. A.____ vom 26. Oktober 2011 bestehe ein natürlicher Teilkausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem psychischen Zustand, das sich seit dem Unfall wesentlich verschlechtert habe. Schliesslich seien bezüglich Sternumfraktur noch Restfolgen (starke Schmerzen) vorhanden, weshalb der Schlussstatus noch nicht erreicht sei (S. 4).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die per Ende Dezember 2011 erfolgte Leistungseinstellung rechtens ist.

E. 3.1

Gemäss Polizeirapport (Urk. 8/20) war die Beschwerdeführerin am 21. Juli 2010 als Mitfahrerin in einem Personenwagen (auf der Rückbank hinten links) unterwegs, als der Lenker eines entgegenkommenden Lieferwagens nach links abbiegen wollte und mit dem Fahrzeug der Beschwerdeführerin kollidierte.

E. 3.2

Am 21. Juli 2010 wurde eine Computertomographie (CT) des Schädels im Z.____ angefertigt und mit der radiologischen Voruntersuchung vom 25. Juni 2010 verglichen (Urk. 8/45). Dabei konnte - abgesehen von einer gering dislozierten Sternumfraktur gemäss CT Wirbelsäule, Thorax und Abdomen - kein Nachweis frischer Traumafolgen erhoben werden (S. 2).

E. 3.3

Die erstbehandelnden Ärzte des Z.____ berichteten am 27. Juli 2010 (Urk. 8/5) und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Autounfall am 21. Juli 2010 mit - Sternumfraktur mittleres Drittel nicht disloziert - Verdacht auf eine Commotio cerebri - chronische Cluster-Kopfschmerzen seit März 2008 - chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp bei Verdacht auf Analgetika-Übergebrauch - Raumforderung dorsal der Amygdala rechts (MRI Schädel vom 11. März 2010); Differentialdiagnose benigner vaskulärer Prozess - Mikroprolaktinom der Hypophyse - Inzidentalom rechts Nebenniere ED Juni 2004, keine Hormonaktivität Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin sei am 21. Juli 2010 in eine Frontalkollision verwickelt worden, wobei sie sich bei fraglicher Bewusstlosigkeit nicht an den genauen Unfallhergang erinnern könne. Bei Eintritt habe sie über Schmerzen besonders auf Sternumhöhe und an Übelkeit geklagt, jedoch Kopfschmerzen oder Schwindel verneint (S. 1 Mitte).

E. 3.4

Die Ärzte der Klinik für Neurologie des Z.____ konnten anlässlich ihrer Untersuchungen am 16. und 23. August 2010 (Urk. 8/28) im aktuellen EEG keine sicheren Hinweise für eine epileptische Ursache der von der Beschwerdeführerin beschriebenen kurzen „Abwesenheits“-Episoden finden. Aufgrund der Anamnese (MRI Schädel vom 11. März 2010) kämen differentialdiagnostisch epileptische Anfälle im Rahmen einer Te m

porallappenepilepsie in Frage (S.32) .

E. 3.5

Wegen persistierenden Schmerzen im Brustbein beim Atmen bei über Kopfarten sowie nachts wurde die Beschwerdeführerin durch ihre Hausärztin in die Klinik für Unfallchirurgie des Z.____ verwiesen. Die Ärzte diagnostizierten am 16. Dezember 2010 (Bericht vom 28. Dezember 2010, Urk. 8/47 S.

2-3) eine Stern um pseudoarthrose bei Status nach Autounfall am 21. Juli 2010 mit Stern umfraktur mittleres Drittel, eine Commotio cerebri sowie eine HWS-Distorsion Grad II (S.

1). Sie empfahlen bei stabile m Thorax mit aktuell nur ge ringer

Schmerzproblematik und bei im Sternbereich häufig vorzufindender prothetischer Knochenheilung von 6-8 Monaten eine lokale Schmerztherapie mit Flector-Pflaster sowie weiteres Zuwarten (S. 2).

E. 3.6

Im Zwischenbericht von Dr. med. B.____ , Fachärztin Allgemeinmedizin, vom 4. Januar 2011 (Urk. 8/47 S.

1) zuhanden der SUVA , diagnostizierte die Ärztin chronische Cephalgien gemischt mit Clusterkopfschmerzen, eine Migräne und weitere unklare Ursachen, Epilepsien, ein Burn-Out-Syndrom sowie persistierende Schmerzen nach Sternumfraktur mit Heilungsstörung (Ziff. 1 S. 1).

E. 3.7

Am 14. Januar 2011 berichtete Dr. C.____ , Klinik für Unfallchirurgie,

Z.____ , und führte aus, sechs Monate nach dem Unfall habe sich die Beschwerdeführerin in einem ordentlichen Allgemeinzustand präsentiert. Hinweise auf eine Thoraxinstabilität gebe es nicht. Eine Sternumfraktur sei im Normalfall nach 6-8 Wochen verheilt. Hinweise für eine Pseudoarthrose seien nicht vorhanden . Sie würde den erhobenen Befund als gut verheilte, leicht dislozierte Stern um fraktur interpretieren und sehe keine Indikation zur chirurgischen Intervention. Gegebenenfalls sei eine lokale Schmerzbehandlung hilfreich (Urk. 8/79 S. 1).

E. 3.8

Dr. med. D.____ von der E.____

hielt in seiner medizinische Beurteilung vom 3. März 2011 (Urk. 8/58) unter anderem fest, die Sternumfraktur müsste bei einer körperlich mittel belastenden Tätigkeit nach etwa drei Monaten bezüglich Arbeitsunfähigkeit keine Rolle mehr spielen (S. 2).

E. 3.9.1

Die Beschwerdeführerin wurde vom 16. bis 25. März 2011 in der Klinik für Neurologie , Z.____ , behandelt. Die Ärzte nannten in ihrem Austrittsbericht vom 16. März 2011 (Urk. 8/76) als Hauptdiagnose einen Medikamentenübergebrauch kopfschmerz bei aktuell stationärem Entzug sowie chronischen Kopfschmerzen bestehend seit März 2008 (S. 1). Darüber hinaus hielten sie in ihrer Beurteilung fest, es sei am 16. März 2011 erneut ein EEG durchgeführt worden, das

wie schon

die Voruntersuchungen keine Hinweise auf ein epilepsietypisches Potential ergeben haben (S. 3).

E. 3.9.2

Am 20. März 2011 erstatteten die Ärzte der Klinik für Neurologie, Z.____, zuhause den der IV-Stelle ihr Gutachten (Urk. 8/104). Dieses stützte sich auf die zur Verfügung gestellten Akten (S. 2 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 4 f.) sowie auf die am 14. Oktober 2008 und 21. Januar 2011 durchgeführten neurologischen Untersuchungen (S. 5 f.). Die Gutachter nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine wahrscheinliche trigemino-autonome Kopfschmerzkrankung, einen Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch, Anfälle ungeklärter Ätiologie (dissoziative Anfälle, Epilepsie nicht ausgeschlossen), einen Verdacht auf vaskuläre Struktur im Bereich der rechten Amygdala sowie ein Mikroprolaktinom der Hypophyse (S. 6 Ziff. 1).

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin leide seit Anfang 2008 unter einem linksseitigen Kopfschmerzsyndrom, das dem trigemino-autonomen Formenkreis zuzuordnen sei (S. 5). Das häufige Auftreten von Clusterattacken ohne Unterbruch während mehr als einem Jahr sei nach den aktuellen Diagnosekriterien mit einem chronischen Clusterkopfschmerz vereinbar (S. 6 oben). Schliesslich würden als Ursache die seit dem Unfall auftretenden anfallsartigen Symptome einer Epilepsie im Raum stehen, wobei die Semiologie, die auf der Eigen- und Fremdanamnese basiere, keine eindeutige syndromatische Zuordnung zulasse. Aufgrund der derzeitigen Datenlage könne eine Epilepsie weder eindeutig diagnostiziert, noch gänzlich ausgeschlossen werden. Eine psychiatrische Evaluation sei bis jetzt nur in unzureichendem Umfang erfolgt (S. 6 Mitte). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit. Nach ihrer neurologischen Einschätzung sei die Beschwerdeführerin in einem angepassten Arbeitsumfeld, das Pausen und Rückzugsmöglichkeiten zulasse, derzeit 20-50% arbeitsfähig. Nach Optimierung der Therapie wäre eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten, sodass eine abschliessende Beurteilung nach Therapieabschluss in 3-6 Monaten erfolgen sollte (S. 6 unten).

E. 3.10

Für einen steroidunterstützten Entzug wurde die Beschwerdeführerin vom 25. März bis 14. April 2011 in der F.____ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 3. Mai 2011 (Urk. 8/83) wurden als Diagnosen ein chronischer Kopfschmerz (chronischer Clusterkopfschmerz, Medikamentenübergebrauchskopfschmerz) seit März 2008, eine Epilepsie, ein Hypophysenadenom sowie ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom genannt (S. 1).

E. 3.11

SUVA-Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie, welcher die Beschwerdeführerin am 20. Juli 2011 untersucht und Einsicht in die vorbestehenden Akten genommen hatte, erstattete gleichentags einen Bericht (Urk. 8/89). Er führte aus, die Beschwerdeführerin klagte über sogenannte typische HWS-Symptome wie Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Leistungsknick, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Sensibilitätsstörungen an den Armen rechtsbetont und an den Beinen rechtsbetont. Es sei aber schwierig, wegen den vorhandenen Vorzuständen diese Symptome medizinisch dem Unfallereignis zuzuordnen. Dennoch seien sie allenfalls administrativ-juristisch auf die Adäquanz zu prüfen (S. 7 unten). Im Rahmen der Befunderhebung hätten neurologisch keine posttraumatischen Veränderungen

festgestellt werden können (S. 6), ebenso bestünden aus somatischer Sicht – abgesehen von der Sternumfraktur, welche konsolidiert und abgeheilt sei – keine bildgebenden traumatischen Läsionen. Als somatische Unfallfolge bestehe heute

eine konsolidierte Sternumfraktur ohne wesentliche Restfolgen sowie eine leichte Druckdolenz des Brustbeines. Die Thoraxexkursion und Atmung seien nicht behindert. Bezüglich der somatischen Unfallfolgen sei eine Arbeitsunfähigkeit nicht festzustellen (Wirbelsäule, Brustbein, Sacrum, Knie rechts), wobei bezüglich der psychiatrischen Diagnose (posttraumatische Belastungsstörung) noch Stellung zu beziehen sei (S. 8).

E. 3.12

Dr. B.____ berichtete der Beschwerdeführerin am 7. September 2011 über den Therapieverlauf der Beschwerdeführerin (Urk. 8/98). Sie nannte folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 2): - chronisches trigeminoautonomes Kopfschmerzsyndrom - Differentialdiagnose chronischer Clusterkopfschmerz - Differentialdiagnose Hemicrania continua, Mitbeteiligung von Mikroprolaktinom - zervikales Schmerzsyndrom - Epilepsieanfälle seit Juli 2010 (vermutlich Verstärkung durch Schockerlebnisse bei traumatischer Vorbelastung [posttraumatische Belastungsstörung] und rezidivierende Verletzungen während den Epilepsieanfällen - schlecht heilende Sternumfraktur nach Verkehrsunfall Sie führte aus, die Kopfschmerzattacken würden die Beschwerdeführerin seit Therapiebeginn im April 2011 mit Depakine nicht mehr so stark belasten, verlaufen subjektiv milder. Kurz nach dem Verkehrsunfall am 21. Juli 2010 seien die Attacken wieder schlimmer geworden. Vor dem Unfall seien Kopfschmerzen nur linksseitig aufgetreten, während sie sich nach dem Unfall auf den ganzen Kopf mit Beteiligung des Nackens und des rechten Beines ausgeweitet hätten. Die Epilepsieanfälle, welche nach dem Unfall erst aufgetreten seien, kämen seit der Therapie mit Depakine in Abständen von 5-8 Tagen, während sie vor Therapiebeginn alle drei bis vier Tage aufgetreten seien (S. 1 Ziff. 1). Die Beschwerdeführerin sei bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig. Eine Tätigkeit sei ihr wegen der Unberechenbarkeit der Anfälle und der noch bis zu einer Schmerzstärke von 7/10 bestehenden Kopfschmerzen nicht zumutbar (S. 2 Ziff. 5).

E. 3.13

Med. pract. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungspsychiatrischer Dienst der Beschwerdeführerin, berichtete am 26. Oktober 2011 (Urk. 8/118) über seine Untersuchung vom 18. Oktober 2011.

Er schilderte einerseits seit dem Unfallereignis neu aufgetretene Schmerzen und Beschwerden (z.B. Nackenschmerzen, Schmerzen über dem Sternum, neu aufgetretene „epileptische Anfälle“) und andere, die sich seit dem Unfallereignis verschlechtert oder in der Qualität verändert hätten (z.B. Kopfschmerzattacken, die nun auch die rechte Kopfseite miteinbeziehen würden), sowie eine akute Belastungsreaktion im unmittelbaren Anschluss an das Unfallereignis (S. 15).

Med. pract. H.____

diagnostizierte eine gemischte dissoziative Störung (ICD-10 F44.7), welche neben einer unspezifischen, vorwiegend affektiven Beschwerdeprominenten Problematik das psychische Zustandsbild präge. Letztere bestehe aus Stimmungsschwankungen und einer affektiven Irritabilität. Bei den unspezifischen kognitiven Beeinträchtigungen (Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit) sei ein Teil (insbesondere die auch

fremdanamnestisch als extrem beschriebene Verge ss lich keit) möglicherweise ebenfalls mit einer dissoziativ begründeten Abge lenktheit zu erklären. Den anderen Teil würde er am ehesten einer unspezi fi schen Be schwerdeproblematik zuordnen, wie sie sowohl bei posttrau matischen Belas tungs störungen , als auch bei Anpassungsstörungen auftreten.

Aufgrund der eigenen Exploration und der vorliegenden Dokumentation des me dizinischen Verlaufes seit 2008 kam med. pract .

H.____ zum Schluss, dass das aktuelle psychische Störungsbild als Traumafolgestörung zu betrachten sei, wo bei das Unfallereignis der auslösende Faktor in Bezug auf die heute vorliegende ge m ischte dissoziative Störung sei (S.16 f.). Hinsichtlich der Kausalitätsbeurtei lung gelangte er zum Schluss, zum jetzigen Zeitpunkt bestehe ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem aktuellen psychischen Zustandsbild und dem Unfallereignis, wobei dieses nicht alleine durch das Unfallereignis verur sacht und nicht alleine durch dieses erklärbar sei (S. 17). Jedenfalls bestehe seit dem Unfallereignis eine erhebliche Verschlecht erung der psychischen Situation (S. 17 unten).

E. 3.14

Vom 1 6. bis 22. Dezember 2011 wurde die Beschwerdeführerin zur Abklärung der nosologisch unklare n Ausfälle im I.____ hospitalisiert. Mit Bericht vom 8. Februar 2012 (Urk. 8/120 = Urk. 3) zuhanden der Beschwerdeführerin stellten die behandelnden Ärzte als Hauptdiagnose ei nen hochgradigen Verdacht auf Epilepsie mit komplex-fokalen, möglicherweise auch sekundär generalisierten Anfällen unklarer Ätiologie (Differentialdiagnose dissoziative Anfälle) . Sie führten aus, gemäss den anamnestischen Angaben seien die jetzt zur Abklärung anstehenden Anfälle erst nach dem Unfall im Juli 2010 aufgetreten. Dennoch könnte die wahrscheinliche Epilepsie auch durch eine klei ne Kontrastmittel

aufnehmende über mehr als zwei Jahre aber nicht pro gre dien te Raumforderung dorsal der Amygdala rechts begründet sein, da sich in der Bild gebung nach dem Trauma keine Hinweise für eine Hirnkontusion fin den lassen

würden . Diese Raumforderung könnte einer Com motio cerebri – so wie es im ent sprechenden Arztbericht des Z.____ konstatiert werde - entsprechen (S. 6 Mitte). Schliesslich sei g emäss der hausinternen Nachbefundung durch Prof. J.____ eine Veränderung im zeitlichen Intervall von 2008 bis 2010 nicht er kennbar und es gebe keine Hinweise auf eine neu aufgetretene epileptogene oder posttrau ma tische Läsion in den letzten vorliegenden Aufnahmen vo m De zember 2010 (S. 9 unten).

E. 4.1

Aufgrund der Akten steht fest, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Un fallereignis unter einem

massive n Vorzustand mit rechtsseitigen Kopf schmerzen und intracerebralen Tumorveränderungen litt (Urk. 8/89 S. 7), wel cher zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2009 geführt hat te (vgl. u.a. Urk. 8/5 Ziff. 8 , Urk. 8/89 S. 7 oben).

Zum Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids lag als einzige so matische Unfallfolge lediglich eine konsolidierte Sternumfraktur vor , die ohne wesentliche Restfolgen abgeheilt war und die nur

während etwa drei Mona ten zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt

hatte (vgl. vorstehend E. 3.11 , E. 3.8).

Abgesehen von der Sternumfraktur verneinten die erstbehandelnden Ärzten des Z.____ nach Durchführung einer computer tomographischen Untersuchung

bildgebende frische Traumafolgen (vgl. vorstehend E. 3.2-3).

E. 4.3

Ob die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Anfälle epileptischer Natur sind , ist unklar (vgl. u.a. Urk. 8/28, 8/76, 8/100) . Die Ärzte des Z.____ konnten anlässlich ihrer Untersuchung im August 2010 keine sicheren Hinweise für eine epileptische Ursache der von der Beschwerdeführerin beschriebenen kurzen Abwesenheits-Episoden finden (vgl. vorstehend E. 3.4) und im Bericht des I.____ vom 8. Februar 2012 wurde ebenfalls keine Veränderung zwischen 2008 bis 2010 erkennbar .

Von den Ärzten wurden keine Hinweise auf eine neu aufgetretene epileptogene oder posttraumatische Läsion gefunden (vgl. vorstehend E. 3.14). Jedoch kann offen

gelassen werden , ob die Anfälle epileptischer Natur sind , da ein Kausalzusammenhang zwischen ihnen und dem Unfall lediglich möglich , nicht aber überwiegend wahrscheinlich ist (vgl. Urk. 8/120 S. 6 und S. 9 unten) . Von weiteren diesbezüglichen Abklärungen sind nach Lage der Akten keine neuen relevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung darauf verzichtet werden kann.

E. 4.4

Aufgrund der zitierten ärztlichen Stellungnahmen steht fest, dass kein relevantes unfallbedingtes organisches Substrat vorliegt, das die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden zu erklären vermöchte. Da zudem von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung über den 31. Dezember 2011 hinaus keine namhafte Besserung des somatischen Gesundheitszustands mehr zu erwarten war (vgl. Urk. 8/89 S. 6 f.), stand einem Fallabschluss mit Adäquanzprüfung nichts entgegen.

E. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie es sich mit der Adäquanz der von der Beschwerdeführerin geklagten organisch nicht nachweisbaren Beschwerden verhält (vgl. E. 1.3) .

E. 5.2.1

In Würdigung der medizinischen Unterlagen ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin

anlässlich des Unfalles vom 21. Juli 2010 nebst der Sternumfraktur möglicherweise eine HWS-Distorsion erlitten hat . Die behandelnden Ärzte des Z.____ stellten die Diagnose einer HWS-Distorsion Grad II (vgl. vorstehend E. 3.5) und auch der SUVA-Kreisarzt führte aus, die Beschwerdeführerin habe über sogenannte typische HWS-Symptome wie Kopfschmerzen, Nackenschmerzen,

Leistungsknick, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen , Vergeßlichkeit, etc. geklagt (vgl. vorstehend E. 3.11), obwohl im Dokumentationsbogen betreffend zervikale Beschleunigungstraumata vom 21. Juli 2010 (Urk. 8/23)

Nackenschmerzen verneint wurden (Ziff. 5 S. 2) und derselbe SUVA-Kreisarzt es als schwierig erachtete, bei den vorhandenen Vorzuständen die typischen HWS-Symptome dem Unfallereignis zuzuweisen (vgl. vorstehend E. 3.11).

Zur Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs bei Schleudertraumata ist festzuhalten, dass dort, wo die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS oder einer vergleichbaren Verletzung gehörenden Beschwerden zwar teilweise gegeben sind, was vorliegend der Fall ist, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, die Adäquanzbeurteilung nicht nach den besonderen, für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 begründeten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien, sondern nach wie vor nach den Kriterien für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall vorgenommen wird, die allein auf dem Ausmass und den Auswirkungen der organisch nachweisbaren Unfallfolgen basieren (BGE 12

E. 5.2.2

Die ärztlichen Unterlagen zeigen deutlich auf, dass im Anschluss an das Unfallereignis vom 21. Juli 2010 eine psychische Fehlentwicklung ihren Anfang nahm. So diagnostizierte Dr. B.____ am 4. Januar 2011 ein Burn-Out-Syndrom (vgl. vorstehend E. 3.6). Im Rahmen der neurologischen Begutachtung vom 20. März 2011 hielten die Gutachter fest, dass eine psychiatrische Evaluation bis anhin nur in unzureichendem Umfang erfolgt sei (vgl. vorstehend E. 3.9.2). SUVA Kreisarzt Dr. G.____ nannte eine posttraumatische Belastungsstörung und führte weiter

aus, bezüglich der psychiatrischen Diagnose sei noch Stellung zu beziehen (vgl. vorstehend E. 3.11). Schliesslich diagnostizierte med. pract. H.____ eine gemischte dissoziative Störung (ICD-10 F44.7), welche neben einer unspezifischen, vorwiegend affektiven Beschwerdeproblematik das psychische Zustandsbild prägte und ortete diese als Traumafolgestörung, wobei das Unfallereignis der auslösende Faktor in Bezug auf die heute vorliegende gemischte dissoziative Störung sei. Er berichtete zudem von einer seit dem Unfallereignis erheblichen Verschlechterung der psychischen Situation der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 3.1.3).

E. 5.2.3

Somit ist festzuhalten, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten - lediglich auf eine mögliche HWS-Distorsion zurückzuführenden - Beschwerden im Vergleich zu r ausgeprägten psychischen Problematik nurmehr eine untergeordnete Rolle gespielt haben und damit in den Hintergrund des Beschwerdebildes getreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat demnach die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs - im Ergebnis - zu Recht nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen, mithin unter Ausklammerung psychischer Beschwerdenkomponenten, durchgeführt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_957/2008 vom 1. Mai 2009 E. 4.2 mit Hinweis und U 277/04 vom 30. September 2005 E. 4.2.2 in fine, in: SCR 2007 UV Nr. 8 S. 27). 6. 6.1

Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2, 3 und 4/07, E. 5.2 und 5.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_536/2007 vom 11. Juni 2008 E. 6.1). 6.2

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin als Mitfahrerin (auf dem Rücksitz hinten links) in einem Personenwagen unterwegs war, als der Lenker eines entgegenkommenden Lieferwagens nach links abbiegen wollte und mit dem Fahrzeug der Beschwerdeführerin kollidierte (vgl. vorstehend E. 3.1).

Im Rahmen einer biomechanischen Kurzbeurteilung vom 8. Dezember 2010 (Urk. 8/40) errechneten PD Dr. sc. techn. K.____, Dipl.-Ing. L.____ und Dozent für

Trauma-Biomechanik und Biomechanik von Sportverletzungen M.____, und Dr. sc. Techn. N.____, Dipl. Ing. M.____, Dozent für Trauma-Biomechanik M.____, eine Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeuges der Beschwerdeführerin unterhalb oder innerhalb eines Bereiches

von 20-30 km/h beim Aufprall (S. 2 oben). 6.3

Angesichts des Geschehensablaufs, der dokumentierten Schäden am Fahrzeug und der festgestellten Geschwindigkeitsänderungen des Fahrzeugs rechtfertigt sich vorliegend die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Qualifikation als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten (Urk. 2 S. 6 Mitte), was

auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wurde und im Einklang mit der Praxis des Bundesgerichts steht.

Damit müssen für die Bejahung der adäquaten Kausalität praxisgemäss - sofern keines in ausgeprägter Form vorhanden ist - mindestens vier Kriterien gegeben sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_421/2009 vom 2. Oktober 2009 E. 5.8).

E. 7

V 103 E. 5b/bb, 123 V 99 E. 2a).

E. 7.1

Weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls sind vorliegend ersichtlich. Zu urteilen ist hier bei objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der Beschwerdeführerin (Urteil des Bundesgerichts 8C_249/2009 vom 3. August 2009 E. 8.2 mit Hinweisen). Der Verkehrsunfall vom 21. Juli 2010 entspricht einem häufig anzutreffenden Vorkommnis und die eruierten Geschwindigkeitsänderungen sprechen auch gegen eine besondere Eindringlichkeit. Mithin ist kein ungewöhnlicher Schrecken der Beschwerdeführerin zu erkennen, und es waren keine relevanten Begleitumstände zu verzeichnen, welche die Bejahung des Kriteriums gestatten würden.

E. 7.2

Die Beschwerdeführerin erlitt beim Verkehrsunfall keine schweren oder besonders gelagerten Verletzungen. Insbesondere kann die nach dem Unfall diagnostizierte Sternumfraktur

nicht als erfahrungsgemäss geeignet gelten, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen.

E. 7.3

Anhaltspunkte für eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung bestehen nicht. Abklärungsmassnahmen und blosser ärztliche Kontrollen sind dabei

nicht zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts 8C_698/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4.4 und 8C_126/2008 vom 11. November 2008 E. 7.3). Im Wesentlichen fand nebst medikamentöser Schmerzbehandlung eine Physiotherapie statt. Das genügt zur Bejahung des Kriteriums nicht.

E. 7.4

Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen kann, wenn auch nicht in ausgeprägter Form, als erfüllt betrachtet werden. Die Beschwerdeführerin klagte durchwegs über

Nacken- und Kopfschmerzen und litt unter

unklare n Ausfälle n . Indessen konnte sie ärztliche Termine wahrnehmen und es war ihr ohne weiteres möglich , regelmässig in die O.____ in die Ferien zu reisen (Urk. 8/104 S. 5 oben).

E. 7.5

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, ist weder ersichtlich noch geltend gemacht worden.

E. 7.6

Aus der ärztlichen Behandlung und den Dauerschmerzen - welche im Rahmen der spezifischen Adäquanzkriterien zu berücksichtigen sind - darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteile des Bundesgerichts 8C_1020/2008 vom 8. April 2009 E. 5.7 und 8C_623/2007 vom 22. August 2008 E. 8.6). Solche Gründe bestehen hier nach Lage der Akten nicht. Mithin ergaben sich keine Komplikationen, sondern bestand die Hauptschwierigkeit in der Etablierung der psychischen Problematik. Dies entspricht aber keiner Komplikation im Rahmen des Heilungsablaufs, sondern einer eigenständigen Problematik, die bei der Prüfung der Adäquanz unberücksichtigt zu bleiben hat.

E. 7.7

Zu Grad und Dauer der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund von rechtsseitigen Kopfschmerzen und intracerebralen Tumorveränderungen seit Oktober 2009 und damit bereits vor dem Unfallereignis zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden war . Nach dem Unfallereignis erachteten die Ärzte des Z.____

sie in ihrem neurologischen Gutachten vom 20. März 2011 für 20-50 % arbeitsfähig, wobei nach Optimierung der Therapie eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (vgl. vorstehend E. 3.9.2). Dem gegenüber attestierte ihr Dr. B.____ am 7. September 2011 aufgrund der Unberechenbarkeit der Anfälle und der bestehenden Kopfschmerzen nach wie vor eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.12). Dem Bericht des I.____ vom 8. Februar 2012 (vgl. vorstehend E. 3.14) lässt sich so dann entnehmen, dass

die Beschwerdeführerin seit ihrem Unfall beziehungsweise seit Oktober 2009 keiner Arbeit mehr nachging, der Arbeitgeber der Beschwerdeführerin jedoch signalisiert habe, dass man sie gerne weiter beschäftigen würde. Subjektiv fühle sich die Beschwerdeführerin jedoch nicht erwerbsfähig (Urk. 3 S. 10).

Schliesslich hielt der SUVA-Kreisarzt fest, bezüglich der somatischen Unfallfolgen sei keine Arbeitsunfähigkeit festzustellen (vgl. vorstehend E. 3.11).

Damit ist ersichtlich, dass nicht somatische, unfallkausale Beschwerden im Vordergrund standen und eine physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht bestand.

E. 7.8

Damit steht fest, dass keines der massgeblichen Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt, und höchstens die Kriterien der erheblichen Beschwerden sowie allen falls der erheblichen Arbeitsunfähigkeit als erfüllt erachtet werden könnten. Damit sind die Kriterien nicht in

gehäufte Weise gegeben, weshalb die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 21. Juli 2010 und den über den 31. Dezember 2011 hinaus geklagten, organisch nicht im Sinne der Rechtsprechung hinreichend nachweisbaren sowie der psychischen Beschwerden zu verneinen ist. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerde gegen ihre Leistungen per Ende Dezember 2011 einstellte.

Der Umstand, dass der Beschwerdeführerin mittlerweile

eine Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wurde (Urk. 3 S. 10), ändert an diesem Ergebnis nichts, sind doch im Rahmen der invalidenversicherungsrechtlichen Anspruchsprüfung unfallkausale Adäquanzüberlegungen ohne jede Relevanz und decken die beiden Versicherungen nicht die identischen Risiken ab.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Manfred Lehmann - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11 - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler

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