

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00157

vom 29. Januar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00157

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00157 du 29 janvier 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00157 del 29 gennaio 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, war seit 1. März 2005 bei der Y.____, O.____, als Verkäuferin angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) versichert, als sie sich am 28. August 2008 beim Mitfahren in einem Lieferwagen Prellungen und Stauchungen im Bereich der rechten Schulter zu zog (Urk. 6/1 Ziff. 1-6 und 9).

Die SUVA kürzte mit Verfügung vom 18. November 2008 (Urk. 6/13) und Einspracheentscheid vom 4. Juni 2009 (Urk. 6/62) die Taggeldleistung wegen grobem Verschulden der Versicherten um 10 %, was das hiesige Gericht mit Urteil

vom 5. Januar 2010 im Verfahren Nr. UV.2009.00262 (Urk. 6/113) bestätigte.

Am 5. August 2009 erlitt die Beschwerdeführerin einen weiteren Unfall (vgl. Urk. 7/1 Ziff. 4-6), bei dem sie sich eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zuzog (vgl. Urk. 7/17 S. 1 Mitte lit. B).

Nach Einholung eines Gutachtens, welches die Z.____ am 6. Dezember 2011 erstatteten (Urk. 6/205 = Urk. 7/92), verneinte die SUVA mit Verfügung vom 25. Juli 2012 einen Rentenanspruch und einen solchen auf Integritätsentschädigung (Urk. 6/236, Urk. 7/106).

Die dagegen am 14. September 2012 erhobene Einsprache (Urk. 6/237, Urk. 7/108) hiess die SUVA am 10. Mai 2013 insoweit gut, als sie der Versicherten eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 5 % zusprach; im Übrigen wies sie die Einsprachen ab (Urk. 6/242 = Urk. 7/112 = 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 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. 1.2

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. 1.3

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 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 (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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 . 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 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. 1.4

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).

E. 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).

E. 1.6

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoß gegen den Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) statuierten Anspruch auf rechtliches Gehör (BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 10. Mai 2013 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 12. Juni 2013 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr Leistungen in Form einer Invalidenrente in vom Gericht festzulegender Höhe auszurichten (Urk. 1 S. 2 oben). Mit Beschwerdeantwort vom 18. Juli 2013

(Urk. 5) beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Versicherten am 25. Juli 2013 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss gutachterlicher Beurteilung lägen ausser einer sternoclaviculären Subluxation keine organisch hinreichend nachweisbaren Unfallfolgen vor (S. 6 Ziff. 2c). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den versicherten Unfällen und noch vorhandenen Beschwerden sei für den Unfall von 2008 gemäss BGE 115 V 133 (S. 10 Ziff. 5a) und für den Unfall von 2009 gemäss BGE 134 V 109 (S. 15 Ziff. 6a)

zu prüfen und bei beiden zu verneinen (S. 15 Ziff. 5e/ii, S. 19 Ziff. 6d/hh) . Den Invaliditätsgrad bezifferte sie, ausgehend von der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 22 Ziff. 7e) ,

mit rund 2 % (S. 25 f. Ziff. 7g) .

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe ihren Gehörsanspruch verletzt, weil sie keine weiteren Berichte von behandelnder Seite eingeholt habe (S.

2 Ziff. A4). Weiter machte sie geltend, die im Z.____ -Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % sei eine rein theoretische und hypothetische, mit der sie nicht einverstanden sei und welche die heutzutage auf dem Arbeitsmarkt herrschenden Verhältnisse total verkenne (S. 2 f. Ziff. B1). Die gesonderte Behandlung ihrer organischen und psychischen Leiden sei nicht korrekt (S. 3 Mitte). Sie leide an den typischen Beschwerden nach HWS-Distorsion (S. 4 f. Ziff. 10); dass ihr Hausarzt nach dem Unfall von 2008 keine solche diagnostiziert habe, lasse nicht darauf schliessen, der Nachweis einer solchen Diagnose lasse sich aus juristischer Sicht nicht erbringen (S. 5 Ziff. 11). Die entsprechende Adäquanzprüfung habe deshalb ebenfalls nach der HWS Distorsions-Rechtsprechung zu erfolgen (S. 5 Ziff. 12), zumal der Unfall für die heutigen Leiden nicht wegzudenken sei (S. 5 Ziff. 13). Der Auffahrunfall von 2009 sei selbst zwar nicht „dramatisch“ verlaufen, es sei aber zu berücksichtigen, dass sie durch den Unfall von 2008 vorgeschädigt gewesen sei (S. 5 f. Ziff. 15). Bei richtiger Betrachtung verschiedener - einzeln zitierter - Passagen im Z.____ -Gutachten (S.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen noch bestehenden Beschwerden und den Unfällen von 2008 und 2009, und wie es sich mit einem allfälligen Rentenanspruch verhält.

Bezüglich Integritätseinbusse und -entschädigung ist der Einspracheentscheid mangels Anfechtung in Teilrechtskraft erwachsen (vgl. BGE 119 V 347 E. 1b S.

350).

Die Frage, wie es sich mit weiteren Berichten von behandelnder Seite verhält, ist eine solche der Beweiswürdigung und nicht, wie von der Beschwerdeführerin angenommen, des Gehörsanspruchs, und somit nicht vorab , sondern am entsprechenden Ort

(siehe E. 4.2) zu behandeln. 3.

E. 3

Im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren der Beschwerdeführerin Nr.

IV.2012.00954 erging das Urteil am heutigen Tag. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Laut der Unfallmeldung fuhr die Beschwerdeführerin am 28. August 2008 in einem Lieferwagen (im Laderaum; Urk. 6/113 S. 5 E. 3.2) mit, der abrupt bremste, worauf sie nach vorne fiel und sich Stau chun gen und Prellung en im Brust- und Schulterbereich zuzog (Urk. 6/1 Ziff. 4 und 6).

Der am Unfalltag erstbehandelnde med. pract. A.____ ,

Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 1 6. September 2008 (Urk. 6/8) als Befund (soweit leserlich): „Beule Hinterkopf rechts. Prellung Schultergegend. ... DD Brustwand rechts“ (Ziff. 4) und als Diagnose eine starke Prellung Kopf / Schultern / Brustwand rechts (Ziff. 1 und 5). Er verordnete Physiotherapie und Analgetika (Ziff. 7a) und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit bis zirka 2 0. September 2008 und eine solche von 50 % ab 2 1. September 2008 (Ziff.

E. 3.2

Am 1 0. März 2009 berichteten die Ärzte der Rheumaklinik des B.____ über ihre Untersuchungen vom 5. und 1 1. März 2009 (Urk.

6/30). Sie nannten folgende Diagnosen: - cervikocephales Schmerzsyndrom bei - Status nach HWS-Distorsion am 2 8. August 2008 - mediane Diskushernie C4/5 und C5/6 mit leichter Dorsalverlagerung und Eindellung des Epiduralraums, ohne neuroforaminale Einengung (MRI HWS 9. März 2009) - thorakovertebrales Schmerzsyndrom - Status nach Autounfall am 2 8. August 2008 - Skelettszintigraphie vom 9. März 2009: keine Hinweise für Frakturen

Anamnestisch hielten sie unter anderem fest, die Beschwerdeführerin sei nach dem Unfallereignis drei Monate arbeitsunfähig gewesen, habe dann versuchs weise 50 % gearbeitet und arbeite nun seit Januar 2009 wieder 100 % (S. 1 unten) .

Fünf Monate nach dem Unfall bestehe ein cervikozepales Schmerzsyndrom, was auf eine HWS-Distorsion zurückgeführt werden könne (S. 2 Mitte). Da die Patientin nun auch psychophysisch erschöpft sei, sei eine stationäre Behand lung vorgesehen (S. 2).

Vom 1 6. bis 2 7. März 2009 weilte die Beschwerdeführerin in der Rheumaklinik des B.____ , worüber am 3 0. März 2009 berichtet wurde (Urk. 6/36). Bei Eintritt habe sie über Schmerzen über dem rechten Schulterblatt mit Ausstrahlungen in den rechten Arm sowie über dem rechten ventralen Rippen thorax geklagt (S. 1 Mitte). Im Verlauf der Behandlung sei es zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Beschwerden gekommen. Zusammenfassend seien segmentale Dysfunk tionen, Myogelosen und Triggerpunkte der Mm. scaleni und M. sternocleido mastoideus für die Beschwerden verantwortlich (S. 1 unten).

E. 3.3

Am 3. August 2009 berichtete Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. C.____ , Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie, über seine Untersuchung vom 3 0. Juli 2009 (Urk. 6/72). Er führte aus, die geschilderten chronischen Schmer zen im rechten Schulterbereich seien nicht im Zusammenhang mit der nachge wiesenen Diskuspathologie C5/6 und C6/7 zu sehen; es handle sich um eine Plexuskontusion bei dem Unfall mit Luxation des Sternoclavicular (SC) - Gelenks (S. 4 Ziff. 5). Als Zusammenfassung der Verle tzungsfolgen nannte er ein post traumatisches thoracic outlet syndrome (TOS) Schulter

rechts und eine SC-Luxation, traumatisch (S. 4 Ziff. 5.1). Die Arbeitsfähigkeit (von aktuell 50 % ; S. 2 Ziff. 3) könne im Moment nicht gesteigert werden (S. 5 Ziff. 5.2). 3. 4

Am 5. August 2009 erlitt die Beschwerdeführerin einen Auffahrunfall (Urk. 7/1 Ziff. 4, Urk. 7/3).

Gemäss den Angaben im unfallanalytischen Kurzgutachten vom 19. März 2010 (Urk. 7/33/2-8) befand sich die Beschwerdeführerin als

Beifahrerin in einem Personenwagen, der von hinten angefahren wurde, als er wegen eines Fussgänger vor einem Zebrastreifen anhielt (S. 1 Mitte). Die dadurch bewirkte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) lag zwischen 3 und 8.9 km/h (S. 4).

Dr. med. D.____, Neurologie FMH, nannte in seinem Bericht vom 15.

Oktober 2009 (Urk. 6/92 = Urk. 7/6) über seine am 12. Oktober 2009 erfolgte Untersuchung als Diagnose einen Schulter-/Armschmerz rechts nach Schulterkontusion am 28. August 2008 mit SC-Luxation, aktuell keine Hinweise auf Schädigung des rechten Plexus brachialis oder anderweitige neurogene Schmerzursache (S. 1 Mitte).

Am 9. November 2009 führte med. pract. A.____ im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (Urk. 7/10) aus, nach dem Unfall vom 5. August 2009 habe er die Beschwerdeführerin am 24. August 2009 untersucht (S. 1 Mitte). Als vorläufige Diagnose nannte er ein HWS-Beschleunigungstrauma (S. 2 Ziff. 6), die Arbeitsunfähigkeit bezifferte er auf „anfangs 0 % “ (S. 2 Ziff. 7). 3. 5

Im Bericht der Ärzte der Rehaklinik E.____ vom 19. November 2009 (Urk. 6/109 = Urk. 7/17) über ein ambulantes Arbeitsassessment wurde eine stationäre Rehabilitation empfohlen (S. 3 unten).

Vom 3. Dezember 2009 bis 13. Januar 2010 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der Rehaklinik E.____, worüber am 26. Januar 2010 berichtet wurde (Urk. 7/32). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): A.

Unfall vom 5. August 2009: PW-Unfall, Heckaufprall

HWS-Distorsion

A1

Exazerbation der vorbestehenden Schulter-/Nackenschmerzen B.

Unfall vom 28. August 2008: abruptes Bremsmanöver mit kleinem Transporter (stand hinten auf der Ladefläche) - Schulterkontusion rechts, mit SC-Luxation rechts - 2.

September 2008 Röntgenbild Schulter rechts und Rippen thorax: keine ossären Läsionen B1

myofaszielles Schmerzsyndrom im Schulter-/Nackensbereich rechts B2 Restbeschwerden Sternoklavikulargelenk rechts

Die (bisherige) berufliche Tätigkeit als Verkäuferin, ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 15 kg, wurde als ganztags zumutbar erachtet (S. 2 unten). Leichte bis mittelschwere Arbeit, wechselbelastend und ohne wiederholte Arbeiten über Kopf, wurde als ganztags zumutbar erachtet (S. 2 f.).

E. 3.6

Vom 26. Juni bis 2. Juli 2010 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der F.____, worüber am 7. Juli 2010 berichtet wurde (Urk. 7/47). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - HWS-Distorsionstrauma am 5. August 2009 (Verkehrsunfall) mit / bei - im Vordergrund persistierenden Kopf-, Nacken-/Schulerschmerzen rechts mit Ausstrahlung in den rechten Arm, Konzentrationsstörungen - Schädel- und Schulterkontusion rechts am 28. August 2008 (Verkehrsunfall) mit / bei - Subluxation des Sternoklavikulargelenkes rechts - myofaszialem Schmerzsyndrom Nacken und Schulter rechts - mediane Diskushernie Halswirbelkörper (HWK) 5/6 mit fraglichem Kontakt / diskreter Kompression der anterioren Myelonkontur (MRI März beziehungsweise September 2009)

Bei grundsätzlich motivierter Teilnahme an den Therapien sei es vereinzelt und besonders bei erhöhter Belastung zum Abbruch gekommen (S. 2 oben). Leider habe die Beschwerdeführerin nach gut einwöchigem Aufenthalt den Wunsch geäußert, die stationäre Therapie vorzeitig abzubrechen; als Grund habe sie das Patienten-Umfeld angegeben (S. 2 unten).

E. 3.7

Med. pract. A.____

nahm am 29. August 2010 Stellung zu einer von der Beschwerdegegnerin aufgeworfenen anamnestischen Frage (Urk. 7/56), und am 1. Dezember 2010 zu einer den Therapieverlauf betreffenden Frage (Urk. 6/168).

E. 3.8

Am 6. Dezember 2011 erstatteten die Ärzte des Z.____ im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein Gutachten (Urk. 6/205 = Urk. 7/92). Sie stützten sich dabei auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 14 ff.), internistische, orthopädische, neurologische, psychiatrische und neuropsychologische Untersuchungen (S. 3 oben) und die am 9. September 2011 erfolgte Konsensbesprechung (S. 44 oben).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen (S. 44 Ziff. 5): - chronisches cervicovertebrales und -cephales Schmerzsyndrom - degenerative HWS-Veränderungen mit medianen Diskushernien C4/5 und C5/6 (MRI) - Status nach Unfall mit Schulterkontusion und sternoclaviculärer Subluxation rechts, Kopfkontusion und möglichem HWS Distorsionstrauma am 28. August 2008 - Status nach Autounfall (Heckkollision) mit HWS-Distorsionstrauma am 5. August 2009 - Lumbovertebralsyndrom - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - akzentuierte neurotisch-narzisstische Persönlichkeitszüge - anamnestisch Opiatabhängigkeit 1983 bis 1993 - chronischer Nikotinabusus (30 packyears)

Zusammenfassend führten die Gutachter aus, sie fänden einen objektivierbaren Befund im Bereich der rechten Schulter im Sinne einer Subluxation des Sterno clavicular-Gelenks. Im Bereich des Nackens fänden sich kernspintomographisch fassbare Veränderungen, wobei rein klinisch abgesehen von den angegebenen Druckdolenzen keine relevante Auffälligkeit objektivierbar sei. Lumbal finde sich ein Hartspann der Muskulatur, wobei die aktuellen Röntgenbilder leichte degenerative Veränderungen zeigten; der Befund sei vereinbar mit einem Lumbovertebralsyndrom (S. 46 Mitte). Die geklagten Kopfschmerzen seien im Rahmen des Schmerzsyndroms zu subsumieren. Die erhobenen neuropsychologischen Defizite seien als wahrscheinlich schmerzbedingt zu beurteilen (S. 46).

Es bestehe eine klare Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und deren Auswirkungen im Alltag und bei der Arbeit und den eigentlich diskreten objektivierbaren

Befunden (S. 46 unten). Auffallend sei auch der Verlauf nach den beiden Unfällen; der Verlauf ohne jegliche Besserung mit anhaltend 100%iger Arbeitsunfähigkeit auch zwei Jahre nach dem zweiten Unfall könne organisch nicht erklärt werden, wobei sich keine Hinweise auf eine bewusste Aggravation fänden (S. 46 f.).

Die genannte Diskrepanz sei im Rahmen einer Schmerzfehlverarbeitung zu erklären. Bei der Explorandin seien akzentuierte neurotisch-narzisstische Persönlichkeitszüge vorbestehend, welche die Entstehung einer Fehlverarbeitung erheblich gefördert haben dürften. Initial hätten organisch erklärbare Beschwerden bestanden, mit der Zeit hätten diese aber in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung chronifiziert (S. 47 Mitte).

Bezüglich Kausalität sei die sternoclaviculäre Subluxation mit Sicherheit auf den Unfall von 2008 zurückzuführen. Weitere aktuell noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen der beiden Unfälle zurückzuführende pathologische objektivierbare Befunde fänden sich keine mehr (S. 47). Insgesamt sei davon auszugehen, dass heute - zumindest betreffend die organischen Befunde - der Status quo sine bei der Explorandin wieder erreicht sei. Dies gelte nicht für die psychischen Beschwerden, welche sich in Form von Schmerzen äusser ten; für das aktuelle diesbezügliche Beschwerdebild seien die Unfälle nicht weg zudenken (S. 48 oben).

Die zuletzt geleistete Arbeit der Versicherten habe häufiges Heben schwerer Lasten beinhaltet. Für diese Tätigkeit bestehe wegen der sternoclaviculären Subluxation eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % bei dabei vollem Rendement (S. 54 Ziff. 7.9.1).

Eine den unfallbedingten organisch nachweisbaren Beschwerden angepasste Tätigkeit sei zu 100 % zumutbar; sie sollte kein Tragen von Lasten über 5 kg, keine Überkopfarbeiten und keine Zwangshaltungen beinhalten. Zudem müsste die Gelegenheit bestehen, gelegentlich die Körperposition zu wechseln (S. 54 f. Ziff. 7.10.1). Unter Berücksichtigung auch der psychischen Einschränkungen betrage die Arbeitsfähigkeit 70 % ; die Arbeit sollte dabei zusätzlich den genannten körperlichen Einschränkungen auch keinen zu grossen Zeit- und Leistungsdruck beinhalten (S. 55 Ziff. 7.10.2).

Die sternoclaviculäre Subluxation betreffend liege eine dauerhafte Integritäts schädigung vor, die gemäss SUVA-Tabelle 5 % betrage (S. 55 Ziff. 7.11).

Schliesslich führten die Gutachter aus, der behandelnde Hausarzt beurteile die Explorandin als 100 % arbeitsunfähig; diese Einschätzung sei unter Berücksichtigung des Beschwerdebildes nachvollziehbar. Somatisch befundorientiert und unter Berücksichtigung auch der psychiatrischen Seite kämen sie aber zu anderen Schlussfolgerungen. Derartige Diskrepanzen seien nicht ungewöhnlich, da der Hausarzt - im Gegensatz zu den Gutachtern - mit dem Patienten in einem Auftrags- und Vertrauensverhältnis stehe; zudem habe der Gutachter Quervergleiche mit ähnlich gelagerten Fällen anzustellen (S. 60 f. Ziff. 9.8) .

Auf entsprechende Nachfrage korrigierten die Z.____-Gutachter am 10. Mai 2012 (Urk. 6/223 = Urk. 7/102) das Zumutbarkeitsprofil dahingehend, dass (entsprechend der fachorthopädischen Beurteilung) angepasste Tätigkeiten kein Heben von mehr als

ff. Ziff. 17) sei eine Arbeitsunfähigkeit nicht mehr zu negieren, genau wie dies auch von behandelnder Seite bestätigt werde (S. 8 Ziff. 18).

E. 8

und 9).

E. 10

kg beinhalten sollten (S. 2 oben). 3. 9

Am 16. Juli 2012 erstattete Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Beschwerdeführerin, eine

Beurteilung (Urk. 6/230). Er befasste sich, ausgehend von der vorhandenen Bildung, mit den Diagnosen, die das Sternoclaviculargelenk betreffend gestellt wurden, und wie es unter anderem darauf hin, dass gemäss Tabelle 6 eine schwere Instabilität des Sternoclaviculargelenks vorliegen müsste, um den Integritätsschaden mit 5 %

beiziffern zu können (S. 4 Mitte).

Die 11 Monate nach dem Unfall vom August 2008 gestellte Diagnose einer traumatischen Luxation des Sternoclaviculargelenks rechts habe seither nicht gesichert werden können. Weit eher - wenn überhaupt - dürfte die Diagnose einer Subluxation richtig sein, wobei die Zuordnung zum Unfallereignis unklar bleibe. Der Integritätsschaden erreiche, wenn man von einer Subluxation aus gehe, ganz eindeutig nicht die Erheblichkeitsschwelle von 5 % (S. 5). 4. 4.1

Vorab ist zu klären, ob aufgrund der vorhandenen, insbesondere echtzeitlichen medizinischen Akten mit hinreichender Bestimmtheit gesagt werden kann, die Beschwerdeführerin habe 2008 - wie von ihr geltend gemacht - eine HWS-Distorsion erlitten.

Damit im Hinblick auf die Rechtsanwendung (Kausalitätsbeurteilung) von einer erlittenen HWS-Distorsion ausgegangen werden kann, setzt die Gerichtspraxis

nebst der entsprechenden Diagnose - voraus, dass sich innert einer Latenz von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion oder der HWS manifestieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_263/2008 vom 20. August 2008 E. 3.2.2; SVR 2007 UV Nr. 23, E. 5).

Der am Unfalltag erstbehandelnde Hausarzt diagnostiziert nicht eine HWS-Distorsion, sondern eine starke Prellung Kopf / Schultern / Brustwand rechts, dies durchaus plausibel und in Übereinstimmung mit den von ihm genannten Befunden

(vorstehend E. 3.1). Erst im Bericht über die mehr als 5 Monate später erfolgte Untersuchung am B.____ war von einer HWS-Distorsion die Rede, dies jedoch mit der Begründung, es bestehe ein cervikozepales Schmerzsyndrom, was „auf eine HWS-Distorsion zurückgeführt werden“ könne; im Rahmen des anschliessenden stationären Aufenthalts wurden ausstrahlende Schmerzen über dem rechten Schulterblatt berichtet (vorstehend E. 3.2). Im Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ vom November 2009 wurde bezogen auf den Unfall von 2008 keine HWS-Distorsion genannt, sondern eine Schulterkontusion rechts (vorstehend E. 3.5), ebenso in jenem der F.____ vom Juli 2010 (vorstehend E. 3.6). Im Z.____-Gutachten vom Dezember 2011 schliesslich wurde bezogen auf den Unfall

von 2008 ein (lediglich) mögliches HWS Distorsions trauma genannt (vorstehend E. 3.8).

Angesichts der von den untersuchenden Ärzten berichteten Befunde, bei denen die HWS unerwähnt blieb, und der weitestgehenden Übereinstimmung darin, dass keine HWS-Distorsion diagnostiziert (beziehungsweise eine solche nur als möglich bezeichnet) wurde, ist aufgrund der medizinischen Akten zu schliessen, dass eine beim Unfall 2008 erlittene HWS-Distorsion nicht als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen ist. Die blosser Erwähnung im B.____-Bericht vom März 2009 vermag dies nicht aufzuwiegen, wurde doch darin nicht eine echt zeitliche Diagnose gestellt, sondern lediglich eine (mögliche) Erklärung für das festgestellte Schmerzsyndrom postuliert.

Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bezogen auf den Unfall von 2008 die Frage des rechtsgenügelichen Kausalzusammenhangs von aktuell vorhandenen Beschwerden ohne organisches Korrelat nach Massgabe von BGE 115 V 133 (vorstehend E. 1.3) geprüft hat. 4.2

Die Z.____-Gutachter gelangten zum Schluss, der Unfall von 2008 habe zu einer Subluxation des Sternoclavicular-Gelenks geführt; für die bisher von der Beschwerdeführerin ausgeübte Tätigkeit bestehe deswegen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50%. Für den unfallbedingten organischen Beschwerden angepasste Tätigkeiten, nämlich wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben von Lasten über 5 kg, ohne Überkopfarbeiten und ohne Zwangshaltungen, attestierten sie eine volle Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.8).

Die Beschwerdeführerin wandte dagegen ein, ihr Hausarzt erachte sie als in weitgehendem Umfang arbeitsunfähig, und die attestierte volle Arbeitsfähigkeit verkenne die heutzutage auf dem Arbeitsmarkt herrschenden Verhältnisse total.

Der Hinweis der Beschwerdeführerin auf die zurückhaltendere Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt ist zwar verständlich, aber unbehelflich, denn rechtsprechungsgemäss ist der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag der fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E.

4 S. 175; Urteile des Bundesgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 und I

506/00 vom 13. Juni 2001) ebenso Rechnung zu tragen wie der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte sich mitunter aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung eher zugunsten ihrer Patienten äussern (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Vor diesem Hintergrund ist auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nicht noch einmal Berichte von behandelnder Seite eingeholt, sondern in - zulässiger - antizipierter Beweiswürdigung (vorstehend E. 1.6) darauf verzichtet hat.

Der zweite Einwand der Beschwerdeführerin (heutzutage auf dem Arbeitsmarkt herrschende Verhältnisse) betrifft allenfalls die Invaliditätsbemessung, mit Sicherheit aber nicht die medizinische Umschreibung der Arbeitsfähigkeit, in welcher angegeben wurde, welche Körperbelastungen möglich sind und welche nicht. 4.3

Insgesamt erweist sich die Beurteilung im Z.____-Gutachten, das auch alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllt, als nachvollziehbar begründet und schlüssig: Als somatische Folge des Unfalls von 2008 besteht eine Subluxation des Sternoclavicular-Gelenks, was die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit um 50% einschränkt und woraus sich bestimmte Restriktionen für leidensangepasste Tätigkeiten ergeben.

Bezüglich des Auffahrunfalls von 2009 verneinten die Z.____ -Gutachter einen natürlichen Kausalzusammenhang zu aktuell noch bestehenden organisch fass baren Beschwerden.

Ohne zwischen den beiden Unfällen zu unterscheiden, attestierten sie schliess lich eine Einschränkung um 30 % aus psychischen Gründen, nämlich aufgrund der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung.

5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte den Unfall von 2008 als höchstens mittel schweres Ereignis (Urk. 2 S. 12 f. Ziff. 5d). Dies wird von den an gleicher Stelle genannten Präjudizien bestätigt und ist, zumal die Beschwerdeführerin dazu keine Einwände erhoben hat, als zutreffend zu übernehmen .

Zu den einzelnen Adäquanzkriterien hat sich die Beschwerdegegnerin eingehend geäußert (Urk. 2 S. 13 ff. Ziff. 5e). Die Beschwerdeführerin hat diesbezüglich lediglich geltend gemacht, die Adäquanz sei nach der HWS-Praxis zu prüfen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 12), und die heutigen Leiden wären ohne den Unfall nicht wegzudenken (Urk. 1 S. 5 Ziff. 13), was sinngemäss bedeutet, dass der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen sei, und somit die Adäquanz betreffend nicht weiter führt.

Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, was zu den Kriterien über den angefochtenen Entscheid hinaus an dieser Stelle noch sinnvollerweise ausgeführt werden könnte, weshalb auf diesen zu verweisen ist. 5.2

Den Auffahrunfall von 2009 hat die Beschwerdegegnerin als mittelschweres Ereignis an der Grenze zu den leichten qualifiziert (Urk. 2 S. 16 Ziff. 6b).

Rechtsprechungsgemäss werden Auffahrkollisionen, bei welchen das Auto vor einem Fussgängerstreifen oder Lichtsignal stillsteht, regelmässig als mittel schweres, an der Grenze zu den leichten Unfällen liegendes - und in gewissen Fällen als leichtes - Ereignis qualifiziert (SVR 2010 UV Nr. 10 E . 4.2.2; SVR 2010 UV Nr. 25 E . 4.1).

Vor diesem Hintergrund ist die - von der Beschwerdeführerin denn auch nicht in Frage gestellte - Einstufung durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden.

Zu den einzelnen Kriterien (vorstehend E. 1.4) , die im angefochtenen Entscheid eingehend behandelt wurden (Urk. 2 S. 17 ff. Ziff. 6d), führte die Beschwerdeführerin aus, wohl sei der Auffahrunfall selbst nicht dramatisch verlaufen; aber sie sei noch durch die Folgen des ein Jahr zuvor erlittenen Unfalls beeinträchtigt und geschädigt gewesen (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 15). Damit machte sie sinngemäss geltend, das Kriterium der „Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen“ sei erfüllt.

Praxisgemäss kann die Distorsionsverletzung einer bereits durch einen früheren Unfall erheblich vorgeschädigten HWS als Verletzung besonderer Art qualifiziert

werden (SVR 2007 UV Nr. 1 E. 3.4.2); dabei wird allerdings in der Regel vorausgesetzt, dass die versicherte Person aufgrund der Vorschädigung unmittelbar vor dem Unfall teilweise arbeitsunfähig war , und einfache Vorschädigungen (wie etwa mehretägige diskrete Diskusprotrusionen und ein Morbus Scheuermann) genügen alleine normalerweise nicht, weil sie nicht erheblich sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_277/2013 vom 7. Juni 2013 E.

4.2.2 und 8C_759/2008 vom 14. August 2008 E. 5.3).

Vorliegend steht nicht einmal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass es beim ersten Unfall zu Verletzungen der HWS gekommen ist (vorstehend E).

4.1). Überdies war die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des zweiten Unfalls wieder - allenfalls mit gewissen qualitativen Einschränkungen - voll arbeitsfähig. Somit kann ihr in diesem Punkt nicht gefolgt werden; das entsprechende Kriterium ist nicht erfüllt.

Zu den weiteren Kriterien hat sich die Beschwerdeführerin nicht geäußert. Diesbezüglich muss es folglich mit dem Hinweis auf die - zutreffenden - Ausführungen im angefochtenen Entscheid sein Bewenden haben. 5.3

Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf fünf Profile der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) ermittelt (Urk. 6/226, Urk. 6/233). Das Belastungsprofil der herangezogenen Arbeitsplätze (Urk. 6/226/13, Urk.

6/226/17, Urk. 6/226/21, Urk. 6/226/25, Urk. 6/226/29) entspricht vollumfänglich den in somatischer Hinsicht formulierten medizinischen Anforderungen (vorstehend E. 4.2).

Bei den DAP-Arbeitsplätzen handelt es sich um real existierende Stellen und

die dort angegebenen Löhne werden effektiv bezahlt. Wenn also die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen

gestützt auf die sie Arbeitsplatzprofile bestimmt hat, so reflektiert dies genau die von der Beschwerdeführerin angesprochenen „heutzutage auf dem Arbeitsmarkt herrschenden Verhältnisse“ (Urk. 1 S. 2 f.).

Weder das Valideneinkommen noch die Invaliditätsbemessung als solche sind beschwerdeweise in Frage gestellt worden, und nachdem diesbezüglich keine Mängel ersichtlich sind, hat es damit - und mit dem daraus resultierenden Invaliditätsgrad von rund 2 % - sein Bewenden. 5.4

Zusammengefasst erweisen sich die gegen den angefochtenen Entscheid erhobenen Einwände als nicht stichhaltig; dieser ist in allen Belangen als zutreffend zu qualifizieren und somit, in Abweisung der Beschwerde, zu bestätigen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Ulrich Weiss - Rechtsanwalt Reto Bachmann - 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 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

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