

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00177

vom 27. April 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-04-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00177

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00177 du 27 avril 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00177 del 27 aprile 2015

Erwägungen

E. 1

Die 1973 geborene X.____ bezog ab dem 1. Mai 2011 Taggelder der Arbeitslosenversicherung und war damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) versichert (Urk. 9/1) . Mit Schadenmeldung UVG vom 20. September 2011 (Urk. 9/1) teilte sie der SUVA mit, sie habe sich am 19. Juli 2011 auf einer Reise am linken Auge und am ganzen Körper (systemische Wirkung) verletzt, als sie sich während Turbulenzen auf der Flugzeugtoilette aufhalten habe . Die SUVA anerkannte in der Folge ihre Leistungspflicht für das fragliche Ereignis ,

erbrachte Taggeld und kam für die Heilbehandlungskosten auf (vgl. Urk. 9/32-35).

Nachdem sich die Versicherte vom 14. März bis 23. Mai 2012 stationär in der Y.____ behandeln lassen (vgl. Austrittsbericht

vom 23. Mai 2012, Urk. 9/72), teilte ihr die SUVA am 21. Juni 2012 mit, dass die Leistungen per 30. Juni 2012 eingestellt würden, da die – organisch nicht hinreichend nachweisbaren – persistierenden Beschwerden in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum fraglichen Unfall stünden (Urk. 9/80). Daran hielt sie - auf Opponieren der Versicherten hin (Urk. 9/87) – mit Verfügung vom 30. August 2012 (Urk. 9/89) fest. Der Krankenversicherer von X.____

zog seine am 10. September 2012 vorsorglich gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache (Urk. 9/91) am 9. Oktober 2012 wieder zurück (Urk. 9/99); die Einsprache der Versicherten (Urk. 9/97) wies die SUVA, nachdem sie am 6. Juni 2013 eine Beurteilung von PD Dr. med. Z.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Versicherungsmedizin der SUVA, eingeholt hatte (Urk. 9/140) , am 13. Juni 2013 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss

Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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

weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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

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 Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsumschreibung 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 44

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. Dem nach 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 Eindrücklichkeit 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; 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.). 2.

E. 2

Gegen die oben Einspracheentscheid (Urk. 2) liess X.____ am 12. Juli 2013 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (Urk. 1 S. 2): „Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu bezahlen, insbes. Heilbehandlungsmassnahmen und Tagelöhner, evtl. eine Rente und eine Integritätsentschädigung. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Die SUVA schloss am 15. November 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Beschwerdeantwort, Urk. 8). Nachdem die Beschwerdeführerin mit Replik vom 4. März 2014 (Urk. 13) an ihrem Antrag festgehalten und ein Gutachten von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Neurologie, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 31. Mai 2013 (Urk. 14) eingereicht hatte, hielt mit Duplik vom 1. April 2014 (Urk. 17) auch die SUVA an ihrem Antrag fest, was der Beschwerdeführerin am 2. April 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18).

E. 2.1

Die SUVA begründete die Leistungseinstellung – unter Hinweis insbesondere auf die Einschätzung von Prof. Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Radiologie, Chefarzt D.____, vom 28. Dezember 2012 (Urk. 9/123) und die orthopädische Beurteilung von PD Dr. Z.____ vom 6. Juni

2013 (Urk. 9/140) – damit, dass der Unfall vom 19. Juli 2011 keine objektivierbaren Folgen im Sinne struktureller Veränderungen zeitigt habe (Urk. 2 S. 4 f., Urk. 8 S. 3 ff.). Selbst wenn man davon ausgehe, dass die Beschwerdeführerin, die im Laufe der Zeit stark divergierende Angaben zum Unfallhergang gemacht habe, eine Distorsion beziehungsweise eine Abknickbewegung der Halswirbelsäule (HWS) oder ein Schädelhirntrauma erlitten habe, bestehe keine Anspruchsgrundlage für weitere Leistungen. Das als leicht einzustufende

Unfallereignis

sei nämlich nicht adäquat kausal für die persistierende psychisch bedingte beziehungsweise jedenfalls von den psychischen Beschwerden dominierte Symptomatik (Urk. 2 S. 5 f., Urk. 8 S. 4 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die SUVA habe sowohl die Verfügung vom 30. August 2012 (Urk. 9/89) als auch den angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) mangelhaft begründet (Urk. 1 S. 4 f., Urk. 13 S. 2). Aufgrund der Beurteilung der Radiologin Dr. med. E.____

stehe fest, dass die Facettengelenke an der HWS links beim Unfall vom 19. Juli 2011 nachhaltig geschädigt worden seien.

Die bildgebend nachgewiesenen Befunde erklärten denn auch ohne Weiteres die anhaltende Symptomatik, insbesondere die Kopf- und Nackenschmerzen, die Schwindelsensationen

und die rasche Ermüdbarkeit. Sofern nicht auf Dr. E.____ Einschätzung abgestellt werde, sei die Einholung eines radiologischen Gutachtens durch das Gericht indiziert ; der Bericht von Prof. Dr. C.____

sei schon aufgrund der zwischen der S UVA und dem genannten Arzt bestehenden Beziehung nicht beweistauglich

(Urk. 1 S. 5 ff. , Urk. 13 S. 2 ff.). Auch der Neurologe Dr. med. A.____ sei in seinem Gutachten vom 31. Mai 2013 (Urk. 14) zum Schluss gelangt, dass sich die HWS-Problematik organisch bildgebend und klinisch objektivieren lasse und dass die aktuellen Beschwerden eine erhebliche organische Komponente aufwiesen (Urk. 13 S. 4). Beim fraglichen Unfall habe sie sich sowohl eine HWS-Distorsion als auch eine Commotio cerebri zugezogen und sie weise das für diese Verletzungen typische Beschwerdebild auf. Da das Ereignis vom 19. Juli 2011

als mindestens mittelschwerer Unfall zu qualifizieren sei und sämtliche – nach der Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109 zu prüfenden – Kriterien erfüllt seien, sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den persistierenden Beschwerden (sofern denn der Endzustand überhaupt erreicht sei) zu bejahen und es sei die Leistungseinstellung jedenfalls zu Unrecht erfolgt (Urk. 1 S. 8 ff. , Urk. 13 S. 5 f.). 3.

E. 3

Am 11. Juni 2012 hatte sich die Beschwerdeführerin auch zum Bezug von Leistungen (berufliche Integration, Rente) der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) angemeldet (Urk. 7/4 im Prozess Nr. IV.2015.00091). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf daraufhin berufliche, erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und zog die Akten der SUVA (Urk. 7/14 im Prozess Nr. IV.2015.00091) bei. Am 21. November 2012 und am 9. Januar 2013 erteilte sie Kostengutsprache für Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Deutschkurses (Urk. 7/18, Urk. 7/23 und Urk. 7/25 im Prozess Nr. IV.2015.00091). Unter Hinweis darauf, dass Eingliederungsmassnahmen nach Angaben der Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen derzeit nicht möglich seien, schloss sie die Arbeitsvermittlung am 10. Juli 2013 ab (Urk. 7/28 im Prozess Nr. IV.2015.00091). In der Folge liess sie die Beschwerdeführerin im Frühjahr 2014 von den Ärzten der MEDAS B.____

polydisziplinär untersuchen (vgl. Gutachten vom 25. Juni 2014, Urk. 7/48 im Prozess Nr. IV.2015.00091). Daraufhin verfügte sie am 8. Dezember 2014 – in Bestätigung ihres Vorbescheids vom 25. August 2014 (Urk. 7/51 im Prozess Nr. IV.2015.00091) – die Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 2 im Prozess Nr. IV.2015.00091). Betreffend die von X.____ am 21. Januar 2015 im Prozess Nr. IV.2015.00091 gegen diesen Entscheid am hiesigen Gericht erhobene Beschwerde ergeht ebenfalls mit heutigem Datum das Urteil.

E. 3.1

8 Dr. I.____ gab in seinem Schreiben vom 3. März 2013 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (Urk. 9/132) an, diese sei am 19. Juli 2011 während eines Flugs aufgrund eines starken Gewitters mit Windböen zu Boden geschleudert worden. Dabei habe sie sich am Kopf und am Nacken verletzt und eine Commotio cerebri erlitten. Seither stünden Nacken- und Kopfschmerzen im Vordergrund und belasteten das Befinden und den Alltag erheblich. Neben diesen körperlichen Beeinträchtigungen bestünden – unfallbedingt – auch psychische Beschwerden (S. 1). Zwar habe die klinische Untersuchung

eine leichte Verbesserung der HWS-Beweglichkeit in den letzten zwölf Monaten gezeigt, es persistierten indes erhebliche Beschwerden. Als Ursache der anhaltenden Symptomatik habe Dr. E.____ strukturelle Veränderungen im Bereich der Facetten gelenke links auf Höhe C3/C4 ausmachen können, die die genannte Ärztin als Ausdruck eines – eindeutig traumabedingten – Gelenkkapselrisses gewertet habe. Die chronischen Schmerzen im Nackenbereich und die darauf zurückzuführenen Konzentrationsstörungen seien demnach bildgebend erklärbar. In einer leichten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 75 % arbeitsunfähig (S. 2).

E. 3.2

In ihrem Bericht vom „20.07.2011 - 22. 07.2011“ (Urk. 9/6, Urk. 9/10, Urk. 9/11) diagnostizierten die

Ärzte des Amerikanischen Krankenhauses, Neurologische Abteilung, eine posttraumatische Zephalaea beziehungsweise Kopfschmerzen. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, bei einem Unfall ein kraniales Trauma erlitten zu haben. Sie habe sich aufgrund von Turbulenzen während eines Flugs am rechten frontal-parietalen Bereich des Kopfs, am Hals und am rechten Arm verletzt.

Sie habe weder das Bewusstsein verloren noch erbrechen müssen. Aus ihrem linken Nasenloch, nicht aber aus den Ohren, habe sie geblutet. Sie klagte über Kopfschmerzen im Bereich des Hinterkopfs und über Halsschmerzen. Es seien periorbitale Hämatome rechts, eine Lateration in der Nähe der rechten Augenbraue und eine Rötung des rechten parietalen Bereichs festgestellt worden. Ödeme hätten keine bestanden. In Rahmen der neurologischen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar sowie räumlich und zeitlich orientiert gezeigt. Motorische oder sensorische Defizite seien keine nachgewiesen worden. Das MRI des Kopfs und der HWS habe unauffällige Befunde ergeben. Es sei eine medikamentöse Behandlung verordnet worden.

E. 3.3

Die MRI-Untersuchung der HWS und des Schädels vom 19. August 2011 zeigte im Bereich der HWS ein diskretes Bulging der leicht signalalterierten Bandscheibe C2/3 und einen geringen Signalverlust im Sinne einer leichten Degeneration der Bandscheibe C1/2 bei ansonsten unauffälligem Befund. Der bildgebende Befund betreffend das Neurokranium wurde als altersnormal beurteilt (Bericht Spital G.____, Institut für Radiologie, vom 22. August 2011, Urk. 9/14).

E. 3.4

Die Sonographie des linken Schultergelenks vom 23. September 2011 ergab einen unauffälligen Befund (Bericht Spital G.____, Institut für Radiologie, vom 23. September 2011, Urk. 9/13).

E. 3.5

Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, gab in seinem Bericht vom 5. Oktober 2011 (Urk. 9/12) an, die Beschwerdeführerin leide an diversen Beschwerden im Sinne einer Funktionsstörung, die durch psychogene Faktoren als Folgebeschwerden einer am 19. Juli 2011 in einem Flugzeug erlittenen Commotio cerebri verstärkt würden. Die Beschwerdeführerin sei beim fraglichen Ereignis auf der Toilette des Flugzeugs aus ihrer sitzenden Position geschleudert worden, habe möglicherweise mit dem Kopf zuerst gegen die Decke geschlagen, sei wahrscheinlich für kurze Zeit bewusstlos gewesen und habe sich

eine Rissquetschwunde an der rechten Augenbraue zugezogen (S. 1).

Sie habe danach Nackenschmerzen, ein Hitzegefühl im Kopf und möglicherweise Herzklopfen verspürt; für kurze Zeit habe ihre Nase geblutet. Die Rissquetschwunde sei bei einer Zwischenlandung im Flugzeug versorgt worden. Am Reiseziel sei die Beschwerdeführerin dann im Amerikanischen Krankenhaus untersucht und kurz behandelt worden. Die Beschwerdeführerin sei imstande, den Unfall genau zu schildern. Es bestehe keine fassbare retro- anterograde Amnesie. Die sicherheits halber durchgeführte MRI-Untersuchung des Neurokraniums und der HWS habe einen unauffälligen Befund ergeben (vgl. Bericht Spital G.____, Institut Radiologie, vom 22. August 2011; Urk. 9/14). Es hätten sich ein diskretes Bulging C2/C3 und eine leichte Degeneration der Bandscheibe C1/2 gezeigt. Die Beschwerdeführerin klagt derzeit über Nackenschmerzen links sowie immer wieder auftretende Schmerzen, Verspannung und Blockierungsgefühle im linken Arm. Seit dem Unfall fühle sie sich nicht mehr wohl, ängstlich, unsicher, immer wieder müde und – vor allem beim Autofahren – schreckhaft (S. 2). Die aus subjektiver Sicht bestehenden funktionellen Beschwerden seien zweifellos Folge des Unfalls, der zu einer Commotio cerebri mit Beteiligung der HWS geführt habe. Es bestünden keine objektivierbaren neurologischen Befunde. Dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach dem nicht so schwerwiegenden Unfall persistiert hätten und dass im Laufe der Zeit sogar noch weitere Beschwerden zur bestehenden Symptomatik hinzugekommen seien, sei mit den schwierigen Lebensumständen der Beschwerdeführerin, die als hauptverantwortliche Person einer vierköpfigen [richtig: fünfköpfigen] Familie seit Jahren unter enormer Belastung stehe, zu erklären (S. 2). Der nicht schwerwiegende Unfall habe ihr schon fragiles Gleichgewicht gestört und zur Entgleisung mit den geschilderten und bis anhin therapieresistenten Beschwerden geführt. In erster Linie seien daher eine psychiatrische Behandlung und insbesondere eine Entlastung im Alltag erforderlich. Weitere neurologische Abklärungen beziehungsweise Kontrolltermine seien nicht erforderlich (S. 3).

E. 3.6

Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt am 12. Oktober 2011 fest, die Beschwerdeführerin sei am 19. Juli 2011 während eines Flugs bei einem heftigen Gewitter in der Toilette zu Boden geschleudert worden. Dabei habe sie sich eine Rissquetschwunde über dem rechten Auge und eine Commotio cerebri zugezogen. Seit dem Unfall stünden Nacken- und Kopfschmerzen im Vordergrund. Das MRI des Schädels und der HWS vom 22. August 2011 (Urk. 9/14) habe einen normalen Befund ergeben. Im Rahmen der klinischen Untersuchung vom 29. September 2011 habe die Beschwerdeführerin Druckschmerzen über den unteren Facettengelenken der HWS links, über der paravertebralen zervikalen Muskulatur links, über der 1. Rippe links, über dem Musculus

supra spinatus sowie über der ventralen Schultermuskulatur links im Bizepsbereich angegeben. Die HWS-Rotation sei beidseits bis 65° und die HWS-Lateralflexion links bis 45° und rechts bis 30° möglich gewesen. Der Kinn-Jugulum-Abstand habe maximal 14 cm und minimal 3 cm betragen, und die Schulter-Anteversion und –Abduktion links sei bis 150° möglich gewesen (Urk. 9/15). Am 8. Dezember 2011 stellte Dr. I.____ folgende Diagnosen (Urk. 9/43): - Commotio cerebri am 19. Juli 2011 mit - HWS- und Schädelkontusion - Facettengelenksirritation HWS links - begleitende muskuläre Verspannungen zervikal - schmerzhaftes

Myogelosen der Schultermuskulatur Nach einem Wechsel der Physiotherapeutin sei subjektiv eine Besserung eingetreten. Objektiv bestünden noch deutlich schmerzhaftes Facettengelenke im Bereich der HWS links und eine starke Verspannung der Nacken-Schultermuskulatur. Die belastende familiäre Situation wirke sich auf den Heilungsverlauf aus. Die Beschwerdeführerin unterziehe sich einer Physio- und einer Psychotherapie; die Dauer der Behandlung sei noch unklar. Es sei kein aus dem Unfall resultierender bleibender Nachteil zu erwarten.

E. 3.8

Dr. med. J.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 4. Januar 2012 (Urk. 9/46) eine Anpassungsstörung. Die Beschwerdeführerin sei am 19. Juli 2011 aufgrund von Turbulenzen derart in der Flugzeugtoilette herumgeschleudert worden, dass sie mit dem Kopf gegen Decke und Wände geschlagen und schliesslich am Boden gelegen habe. Zwei Nächte nach dem Unfall sei das ganze Ereignis wieder wie ein Film vor ihren Augen abgelaufen. Ein von ihr konsultierter Arzt habe ihr dann einen Halskragen verordnet. Sie habe in den Tagen darauf nicht mehr aufstehen können und an extremen Schmerzen am Hinterkopf gelitten, die über den Nacken bis hin zur Brustwirbelsäule (BWS) ausgestrahlt hätten. Anlässlich der Erstkonsultation vom 18. Oktober 2011 habe die Beschwerdeführerin über andauernde starke Schmerzen im Bereich der Schultern, des Hinterkopfs, des Nackens und der BWS, über häufiges Weinen, Abgeschlagenheit, schmerzbedingt gestörten Schlaf, starke Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und teilweise fehlende Orientierung geklagt (S. 1). Mitte November 2011 seien wiederholt heftige Drehschwindelattacken sowie ein einmaliger nächtlicher Zustand mit Schreien, Weinen und Angst aufgetreten, für den die Beschwerdeführerin selbst eine Amnesie aufweise. Es fänden eine Gesprächstherapie sowie eine anxiolytische medikamentöse Behandlung statt, wobei medikamentös eine Linderung der Verspannungen und der Schulterschmerzen sowie eine gute Schlafqualität hätten erreicht werden können. Seit mindestens 18. Oktober 2011 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

E. 3.9

Dr. I.____ berichtete am 5. Februar 2012, die im Vordergrund stehenden Nacken- und Kopfschmerzen beeinträchtigten das Befinden nach wie vor erheblich. Wenn sich die Beschwerdeführerin körperlich anstrenge, ermüde sie rasch und habe nur wenig Kraft.

Die Schmerzen könnten durch die Physiotherapie jeweils für zwei bis drei Tage deutlich reduziert werden. Nach der Triggerpunkttherapie sei die Muskulatur nach Angaben der Beschwerdeführerin jeweils weicher, und die Schmerzen verschwänden. Es sei eine chiropraktische Behandlung indiziert. Bis zur Mitte Februar 2012 vorgesehene Nachkontrolle bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/52 S. 1).

E. 3.10

Nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 14. März bis 23. Mai 2012 stationär in der Y.____ hatte behandeln lassen, stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom letztgenannten Datum nachstehende Diagnosen (Urk. 9/72 S. 1): - Unfall vom 19. Juli 2011: Schädelkontusion durch Flugturbulenzen - mögliche leichte traumatische Hirnverletzung (LTHV) - Schädel- und HWS-Kontusion - Rissquetschwunde Augenbraue rechts - daraus resultierend: - Facettengelenksirritationen HWS links - undifferenzierte Somatisierungsstörung, ICD-10 F45.1 - subsyndromale posttraumatische

Belastungsstörung (PTBS) Bei Klinikaustritt hätten folgende Probleme bestanden: - Diffuse Schmerzen im linken Arm, Kopf- und Nackenschmerzen bis in die BWS ausstrahlend - Ängstliche Anspannung - Allgem. eine Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Konzentrationsmangel - Klagen über multiple wechselnde körperliche Symptome - Arterielle Hypertonie Die neurologische Untersuchung habe einen unauffälligen Befund ergeben. Auslöser der aus psychiatrischer Sicht bestehenden Somatisierungsstörung sei die seit Jahren bestehende schwierige psychosoziale Belastungssituation in der Familie. Mit dem Unfall sei es zu einem zusätzlichen Stressereignis gekommen; die bisherigen Bewältigungsstrategien („Durchhalten“, „Sich mehr anstrengen“) hätten in der Folge nicht mehr geholfen. Aufgrund der psychischen Störung von Krankheitswert bestehe eine leichte Leistungsminderung; aus neuropsychologischer Sicht und aus physischen Gründen bestehe keine arbeitsrelevante Einschränkung. Die Arbeit als Verkäuferin und jede andere Tätigkeit mit (vorderhand) leichten kognitiven Anforderungen seien der Beschwerdeführerin an sich wieder zu 100 % zumutbar; allerdings sei ein gestufter Wiedereinstieg zu empfehlen. Der Fall könne abgeschlossen werden. Der Beschwerdeführerin sei die Anmeldung beim zuständigen Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) empfohlen worden (S. 2). Es seien eine ambulante, psychiatrisch ausgerichtete Ergotherapie zur positiven Aktivierung und Unterstützung in der Entwicklung einer Tagesstruktur sowie die Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung indiziert (S. 1).

E. 3.12

Das native multiplanare MRI der HWS und des kraniozervikalen Übergangs vom 24. August 2012 ergab gemäss Dr. med. E.____, Fachärztin FMH für Radiologie und Neuroradiologie, L.____, eine sehr diskrete Flüssigkeitsansammlung im Facettengelenk C3/C4 links im Bereich der posttraumatischen (13 Monate nach dem Trauma) intraartikulären und periartikulären Hämorrhagie. Der Befund sei demnach als traumabedingt zu interpretieren. In der Medulla spinalis auf Höhe C5/C6 fänden sich zudem zwei punktförmige Mikroblutungen. Der kraniozervikale Übergang sei unauffällig; eine wesentliche Segmentdegeneration der HWS bestehe nicht (vgl. Bericht vom 24. August 2012, Urk. 9/97 S. 4).

E. 3.19

PD Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Versicherungsmedizin der SUVA, hielt in seiner auf den Akten beruhenden Beurteilung vom 6. Juni 2013 (Urk. 9/140) fest, die Einschätzung von Prof. Dr. C.____ vom 28. Dezember 2012 (Urk. 9/123) werde durch die Beurteilung von Dr. E.____ vom 29. Januar 2013 (Urk. 9/129) nicht entkräftet. Das Unfallereignis vom 19. Juli 2011 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine strukturellen Verletzungen im Bereich der HWS verursacht. Gestützt auf den schlüssigen und nachvollziehbar begründeten Austrittsbericht der Y.____ vom 23. Mai 2012 (Urk. 9/72) sei aus physischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 6).

E. 3.20

Im Auftrag des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin wurde diese am 22. April 2013 von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Neurologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht. In seinem Gutachten vom 31. Mai 2013 (Urk. 14) stellte dieser folgende Diagnosen (S. 7): - Status nach multiplen Kontusionen, Schädel- und HWS-Trauma bei Flugturbulenzen am 19. Juli 2011 mit - durchgemachter MTBI (leichte

traumatische Hirnverletzung) nach EFNS-Guideline - HWS-Distorsion mit Gelenkläsion C2/3 links - Rissquetschwunde rechte Augenbraue - leichter kognitiver Beeinträchtigung mit Gedächtnisstörungen - leichten Gleichgewichtsstörungen - chronischem Zervikovertebralsyndrom - chronischer depressiver Symptomatik, wahrscheinlich im Rahmen einer posttraumatischen Anpassungsstörung mit häufigen Albträumen seit dem Unfall Die in ausgeprägter Form anhaltenden Beschwerden hätten eine erhebliche organische Komponente (S. 8) und seien zum überwiegenden Teil direkte Folgen des Unfalls. Die überlagerten psychoreaktiven Befunde würden wahrscheinlich durch die unfallfremde langjährige psychosoziale Belastung mitverursacht. Ohne den fraglichen Unfall hätten sie sich indes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingestellt (S. 9). Seit rund einem halben Jahr sei die Beschwerdeführerin als Verkäuferin und in jeder andern Tätigkeit wieder zu 40 % arbeitsfähig; im Haushaltsbereich sei das Leistungsvermögen etwa um 40 % reduziert (S. 8 und S. 10). Der Endzustand sei – insbesondere hinsichtlich der psychischen Symptomatik – noch nicht erreicht. Betreffend die HWS-Problematik seien wahrscheinlich noch längerfristig physiotherapeutische Behandlungen mit Lockerung, Entspannungsübungen und stabilisierendem Muskeltraining erforderlich. Der Integritätsschaden betrage für die HWS-Problematik mit mässigen Dauerschmerzen bei nachgewiesener Gelenksaffektion 10 %. Die – bis anhin nicht quantifizierten – kognitiven Beeinträchtigungen, vor allem im Gedächtnisbereich, seien wahrscheinlich Folge der leichten traumatischen Hirnverletzung und der Depression. Da betreffend letztere noch auf eine Verbesserung zu hoffen sei, sei der diesbezügliche Integritätsschaden erst zu einem späteren Zeitpunkt aufgrund einer neuropsychologischen Untersuchung zu beziffern (S. 10). Die medizinisch-theoretische Invalidität betrage 15 bis 20 % (S. 11).

E. 3.21

Dr. I. ___ stellte in seinem Bericht vom 16. September 2013 (Urk. 7/32 S. 1-5 im Prozess Nr. IV.2015.00091) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - Status nach Flugunfall vom 19. Juli 2011 mit - Commotio cerebri, HWS- und Schädelkontusion - lineariformer, intraartikulärer (im Gelenkspalt liegender) und periartikulärer (seitlich des Gelenks gelegener) Einblutung, am ehesten bei Status nach Riss der Gelenkkapsel (MRI vom 29. Januar 2013) - begleitenden zervikalen muskulären Verspannungen - schmerzhaften Myogelosen der Schultermuskulatur beidseits - depressiver Entwicklung, Konzentrationsstörungen

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten nachstehende Diagnosen: - Oligosymptomatische

gastroösophageale

Refluxerkrankung - kleine Hiatushernie (Gastroskopie vom April 2007) - Unterschenkelvarikosis beidseits - Status nach Fissurektomie am 19. Juni 2008 bei chronischer Analfissur bei 6 Uhr SSL - aktuell Verdacht auf rezidivierende anale Fissur - Status nach temporärer Druck- und Hitzesensation im Ohrbereich rechts im Oktober 2008 - Verdacht auf funktionelle Störung; differentialdiagnostisch neurogen, zervikogen

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kleiderverkäuferin habe vom 1. September 2012 bis 9. Juni 2013 eine 70%ige, vom 10. Juni bis 4. Juli 2013 eine 60%ige und vom 5. Juli bis 22. September (ab dem 1. September 2013 wegen einer Schnittverletzung) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 23. September 2013 und bis auf Weiteres sei die Beschwerdeführerin zu 70 % arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei ab diesem

Zeitpunkt (S. 5) – ohne Leistungseinbusse – wieder im Pensum von 30 bis 40 % zumutbar. Die Konzentrationsfähigkeit sei deutlich beeinträchtigt. Während der Arbeit falle die Beschwerdeführerin durch gehäufte Fehlleistungen, welche teilweise auch mit den chronischen Kopfschmerzen erklärt werden könnten, auf. Aus physischer Sicht wirkten sich die chronischen und bei körperlichen Belastungen verstärkten Nacken- und Kopfschmerzen einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 4).

E. 3.22

Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin. psych. N.____, Klinischer Psychologe und Supervisor, O.____, stellten in ihrem Bericht vom 15. Oktober 2013 nachstehende Diagnosen (Urk. 7/33 S. 5 im Prozess Nr. IV.2015.00091):
- Mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen, ICD-10 F32.01;
bestehend seit Ende 2011 - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4;
bestehend seit Ende 2011 - Status nach Flugunfall am 19. Juli 2011 mit Kopfanprall, Bewusstlosigkeit, mit/bei - Status nach HWS-Distorsion, ICD-10 S13.4

Die infolge der chronischen Schmerzen entwickelte depressive Symptomatik sei massiv; es bestünden vor allem kognitive Defizite sowie ein Verlust der Selbstsicherheit und des Selbstwertgefühls. Die betreffend die physischen Beschwerden durchgeführten therapeutischen Massnahmen (Physiotherapie, Medikation, Massage) hätten bis anhin kaum eine anhaltende Besserung gebracht; insofern sei von einer drohenden Chronifizierung auszugehen. Die Prognose sei ungünstig (S. 6). Die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aufgrund insbesondere kognitiver Defizite (Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung) noch maximal während drei Stunden täglich beziehungsweise höchstens im Pensum von 30 % zumutbar. In einer behinderungsgerechten Tätigkeit bestehe ab sofort eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Neben der Arbeit müsse sich die Beschwerdeführerin, da ihr kranker Ehemann sie nicht unterstütze, allein um die drei Kinder und den Haushalt kümmern (S. 7).

E. 3.23

Nachdem sie die Beschwerdeführerin Ende März und Anfang April 2014 polydisziplinär untersucht hatten, stellten die Ärzte der MEDAS in ihrem Gutachten vom 25. Juni 2014 (Urk. 7/48 im Prozess Nr. IV.2015.00091) folgende – sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende – Diagnosen mit Krankheitswert (S. 26): - Status nach Kopfanprall am 19. Juli 2011 mit Schädelprellung rechts, Rissquetschwunde an der Augenbraue rechts, mit möglicherweise leichter traumatischer Hirnverletzung sowie mit Traumatisierung der HWS, im WC eines Flugzeuges bei Turbulenzen - chronisches, therapierefraktäres, zervikales, zervikothorakales und mögliches zervikozephalisches Schmerzsyndrom, linksbetont (möglichweise mitbeeinflusst durch das spätere HWS-Distorsionstrauma infolge Heckauffahrunfall am 25. November 2013) - fraglich diskret subluxiertes Sternoklavikulargelenk rechts - Metatarsalgie links bei Senk-Spreiz-Füssen - Beginnende Fingerendgelenksarthrosen - Akzentuierung von Persönlichkeitszügen, histrionisches Verhalten, ICD-10 Z73.1 - Aktenanamnestisch Hinweise auf Somatisierungsstörung und Depression, ICD-10 F45 und F32 - testmässig verminderte kognitive Leistungsfähigkeit, differentialdiagnostisch am ehesten durch die psychische Störung bedingt - Anamnestisch chronischer Eisenmangel unklarer Genese - Anamnestisch Rhinitis allergica, wahrscheinlich Gräser-Allergie

Zudem bestünden ein Status nach Operation im Jahr 2010 wegen Hämorrhoiden und rezidivierender Analfissur sowie eine ausgeprägte Besenreiser-Varikosis. Die Beschwerdeführerin, die aktuell im Rahmen eines 50%-Pensums ein Pflegepraktikum in einem Betagtenzentrum absolviert, obwohl sie aufgrund ihrer Wesensart nicht geeignet sei für einen Beruf im Pflegebereich, sei in den bisherigen Tätigkeiten als Mitarbeiterin eines Call-Centers beziehungsweise als Hilfsverkäuferin und in jeder körperlich leichten oder mittelschweren Verweistätigkeit zu 100% arbeitsfähig (S. 26). Diese Arbeitsfähigkeit gelte nach einer „Karenzfrist“ von rund drei Monaten nach dem Heckauffahrunfall vom 25. November 2013, mithin ab Anfang März 2014. Die immense Diskrepanz zwischen der sich aufgrund der im Rahmen der Begutachtung erhobenen Befunde ergebenden Arbeitsfähigkeit und der subjektiven Befindlichkeit sei vor dem Hintergrund des enormen psychosozialen Drucks, unter dem die Explorantin stehe und der sie wohl hauptsächlich einschränke, zu sehen. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien nicht indiziert. Sinnvoll erscheine indes eine Abklärung der gesamten psychosozialen Situation der Beschwerdeführerin und ihrer Familie vor Ort (S. 27).

4. Was die Rüge der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV]; Urk. 1 S. 4 f.) anbelangt, ist festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten kann, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines - allfälligen - Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 127 V 431 E. 3d/aa mit Hinweisen). Von der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem der Anhörung gleichgestellten Interesse an einer möglichst beförderlichen Beurteilung des Leistungsanspruchs nicht zu vereinbaren ist (vgl.

BGE 132 V 387 E. 5.1). Angesichts des Umstands, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen dieses Verfahrens Gelegenheit hatte, Einsicht in die Beurteilung des SUVA-Versicherungsmediziners PD Dr. Z.____ vom 6. Juni 2013 (Urk. 9/140) zu nehmen und sich vor einem Gericht, dem in der streitigen Angelegenheit eine umfassende Kognition zusteht (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), zu äussern, kann die - durch die Nichtzustellung des fraglichen medizinischen Berichts und auch eine allfällige durch eine unzureichende Begründung des Einspracheentscheids (Urk. 1 S. 4 f.) bedingte - Gehörsverletzung als geheilt betrachtet werden. Es widerspräche der Verfahrensökonomie, wenn die Beschwerdegegnerin einen neuen, im Ergebnis gleich lautenden Entscheid zu erlassen hätte. Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung aus formellen Gründen ist daher abzusehen, zumal die Beschwerdeführerin dies auch gar nicht beantragt hat (Urk. 1 S. 2).

5. 5.1 Aufgrund der zitierten medizinischen Berichte ist davon auszugehen, dass die Rissquetschwunde im Bereich der rechten Augenbraue schon bald nach dem Unfall vom 19. Juli 2011 komplikationslos verheilte. Was die in der Folge persistierenden Kopf- und Rückenschmerzen anbelangt, legten die Gutachter der MEDAS einleuchtend dar, dass sich die geklagten somatischen Beschwerden keinem objektivierbaren organischen Substrat zuordnen liessen (Urk. 7/48 S. 22 f. im Prozess Nr. IV.2015.00091). Zu diesem Schluss

waren - gestützt auf die Ergebnisse der unmittelbar nach dem fraglichen Unfall durchgeführten MRI-Untersuchung von Kopf und HWS - bereits die Ärzte des Amerikanischen Krankenhauses in F.____ (Urk. 9/4, Urk. 9/6) und - aufgrund des erneuten MRI des Schädels und der HWS vom 19. August 2011 - auch die Radiologen des Spitals G.____ (Urk. 9/13 f.) gelangt. Dass die Beschwerdeführerin, wie dies ausschliesslich Dr. E.____ annahm, eine (traumatisch bedingte) lineariforme, intraartikuläre und periartikuläre Einblutung in der Region des Facettengelenks auf Höhe C3/C4 aufweist (Urk. 9/97 S. 4 und Urk. 9/129), erscheint nicht als überwiegend wahrscheinlich. So legte Prof. Dr. C.____ am 28. Dezember 2011 einleuchtend dar, dass die bis dahin erfolgten bildgebenden Untersuchungen keinen relevanten Schaden im Bereich der HWS gezeigt hätten (Urk. 9/123), und auch aufgrund der (erneuten) radiologischen Untersuchung im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS liess sich der gemäss Dr. E.____ im Bereich des Facettengelenks auf Höhe C3/C4 vorhandene pathologische Befund nicht bestätigen (Urk. 7/48 S. 22 und S. 28 f. im Prozess Nr. IV.2015.00091). Anhaltspunkte dafür, dass die bildgebenden Abklärungen der Experten der MEDAS (und auch diejenigen der Ärzte des Amerikanischen Krankenhauses in F.____ und des Spitals G.____) aus einem falschen Blick- und Schnittwinkel beziehungsweise mit veralteten Geräten durchgeführt worden und deshalb halb qualitativ ungenügend wären (Urk. 1 S. 4 f. im Prozess Nr. IV.2015.00091), gibt es keine. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass sowohl Prof. Dr. C.____ als auch die Experten der MEDAS Kenntnis davon hatten, dass Dr. E.____ von einer Einblutung im Bereich des Facettengelenks auf Höhe C3/C4 ausging, diesen Befund indes einhellig für unzutreffend hielten. Dr. E.____ anerkannte am 29. Januar 2013 im Übrigen selbst, dass ihre Einschätzung vom 24. August 2012 (Urk. 9/97 S. 4) zumindest insofern unrichtig sei, als sie damals noch (vorbehaltlos) von zwei Mikroblutungen in der Medulla spinalis auf Höhe C5/C6 ausgegangen sei (Urk. 9/129).

Gestützt auf die im Einklang stehenden Beurteilungen sämtlicher weiterer Radiologen ist daher davon auszugehen, dass den von der Beschwerdeführerin geklagten anhaltenden Beschwerden kein objektivierbares strukturelles Korrelat zu Grunde liegt. Angesichts dieses Ergebnisses kann offen bleiben, ob eine lineariforme, intraartikuläre und periartikuläre Einblutung in der Region des Facettengelenks auf Höhe C3/C4, wie sie Dr. E.____ annahm (Urk. 9/97 S. 4 und Urk. 9/129), überhaupt zu einer (hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit bedeutsamen) wesentlichen funktionellen Einschränkung führen könnte. Anlass zu weiteren radiologischen Abklärungen (Urk. 1 S. 5) besteht, nachdem auch die zwischenzeitlich im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens von der

MEDAS veranlasste MRI-Untersuchung keinen relevanten Schaden zeigte (Urk. 7/48 S. 28 f. im Prozess Nr. IV.2015.00091), nicht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen).

Am Fehlen anspruch relevanter organischer Schäden änderte schliesslich auch eine allfällige Subluxationsstellung des Sternoklavikulargelenks, wie sie die Radiologen des MRZ am 1. April

2014 – bei ansonsten unauffälligem Untersuchungsergebnis – nicht gänzlich ausschliessen konnten (Urk. 7/48 S. 28 f. im Prozess Nr. IV.2015.00091), nichts. Eine derartige Veränderung wäre nämlich gemäss den genannten Ärzten lediglich leichtgradig (Urk. 7/48 S. 29 im Prozess Nr. IV.2015.00091) und vermöchte, wie die Gutachter der MEDAS unter Hinweis auf die sowohl klinisch als auch radiologisch sehr diskreten entsprechenden

Befunde einleuchtend dartaten, die persistierende Symptomatik jedenfalls nicht zu erklären (Urk. 7/48 S. 22 im Prozess Nr. IV.2015.00091). Dass die Experten der MEDAS von einer zusätzlichen Untersuchung der Sternoklavikulargelenke mittels CT absahen, ist daher nicht zu beanstanden (Urk. 1 S. 5 im Prozess Nr. IV.2015.00091).

Hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin geäußerten Vorwurfs, Prof. Dr. C.____ sei nicht unabhängig (Urk. 1 S. 5 f.), bleibt festzuhalten, dass weder der Umstand, dass der genannte Arzt schon Studien im Auftrag der SUVA verfasst hat, noch die Tatsache, dass er mit deren Kreisarzt Dr. K.____ per Du ist, auf eine Befangenheit schliessen lassen und auch sonst keine Anhaltspunkte für eine solche vorliegen. 5.2 Hinsichtlich der von den Ärzten verschiedentlich in Betracht gezogenen MTBI ist festzuhalten, dass es sich dabei um ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration beziehungsweise

Dezeleration bedingtes kraniales Trauma, das zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt, handelt. Die Diagnose setzt entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (zum Beispiel Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus. Andererseits darf die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Wert nach der Glasgow Coma

Scale (GCS) von 13 bis 15 nach 30 Minuten oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein. Die MTBI-Diagnose erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung vorliegt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_902/2010 vom 6. April 2011 E. 6.1.3 mit Hinweisen). Dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 19. Juli 2011 eine MTBI erlitten hat (Urk. 1 S. 8), lässt sich zwar aufgrund der Akten nicht ausschliessen, erscheint aber nicht als überwiegend wahrscheinlich. So verneinte sie eine Bewusstlosigkeit ursprünglich klar (zum Beweiswert der Aussagen der ersten Stunde vgl. BGE 121 V 45 E.

1 a, 115 V 133 E.

8c mit Hinweis) und die unmittelbar nach dem Unfall behandelnden Neurologen des Amerikanischen Krankenhauses in F.____ gelangten, nachdem sie die Beschwerdeführerin radiologisch und klinisch untersucht hatten, zum Schluss, dass diese nach dem von ihr geschilderten kranialen Trauma (ausschliesslich) an einer posttraumatischen Zeptalea leide (Urk. 9/6). Unter Hinweis darauf, dass die (erneute) bildgebende Untersuchung einen unauffälligen Befund ergeben habe und die Beschwerdeführerin, die imstande sei, das Unfallgeschehnis genau wiederzugeben, keine retro- anterograde Amnesie aufweise, gelangte in der Folge auch der Neurologe Dr. H.____ zum Schluss, dass der Unfall lediglich eine Commotio cerebri zur Folge gehabt habe. Dass die Beschwerden seither persistierten und es sogar zu einer Symptomausweitung gekommen sei, erklärte der genannte Arzt einleuchtend mit (auch in den weiteren Arztberichten und den sonstigen Akten dokumentierten) massiven ungünstigen psychosozialen Faktoren in Form schwieriger Lebensumstände beziehungsweise einer belastenden familiären Situation (vgl. Bericht vom 5. Oktober 2011 [Urk. 9/12] und auch Schreiben an die IV-Stelle vom 1. September 2012 [Urk. 9/93]). Auch der Hausarzt Dr. I.____ ging in seinen Berichten stets von einer Commotio cerebri aus (Urk. 9/15 S. 4, Urk. 9/52 S. 1,

Urk. 9/104 und Urk. 9/132 sowie Urk. 7/32 S. 2 im Prozess Nr. IV.2015.00091). Die Gutachter der MEDAS hielten eine MTBI – in Übereinstimmung mit den Ärzten der Y.____

(Urk. 9/72 S. 1) – zwar für möglich, gingen aber (ebenfalls im Einklang mit den Ärzten der Y.____ [Urk. 9/72 S. 2]) davon aus, dass diese keine arbeitsrelevante Einschränkung zeitige (Urk. 7/48 S. 26 im Prozess Nr. IV.2015.00091). Dr. A.____ hielt eine MTBI zwar – anders als sämtliche anderen untersuchenden und beurteilenden Ärzte – für ausgeschlossen, begründete die Diagnose beziehungsweise die erhebliche „organische Komponente“ (Urk. 14 S. 8) der Beschwerden indes nicht schlüssig und legte auch nicht dar, aufgrund welcher funktioneller Einschränkungen er der Beschwerdeführerin

– entsprechend deren im Zeitpunkt seiner Untersuchung effektiv im Pensum vom 40 % ausgeübten Erwerbstätigkeit – eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsbereich und eine 40%ige Leistungseinschränkung im Haushalt attestierte. Insofern kann auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden. Festzuhalten ist immerhin, dass

auch er die festgestellten kognitiven Defizite

– zumindest teilweise –

auf die psychische Symptomatik zurückführte (Urk. 14 S. 10) . Dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung, auf die sich die MEDAS-Ärzte in ihrer Beurteilung stützten, nicht aussagekräftig seien, weil die fragliche Exploration an einem einzigen Termin durchgeführt worden sei (Urk. 1 S. 6 im Prozess Nr. IV.2015.00091), ist unzutreffend. Vorhandene Defizite treten nämlich im Rahmen einer einmaligen längeren (vorliegend fast dreistündigen) Abklärung deutlicher zu Tage, als wenn die erforderlichen Testungen etappenweise durchgeführt werden und zwischen den einzelnen Terminen immer wieder längere Erholungsphasen liegen . Zudem stimmt das Ergebnis der neuropsychologischen Begutachtung durch die MEDAS im Wesentlichen mit der Beurteilung der Y.____ überein, welche auf den Beobachtungen der Ärzte und Therapeuten

dieser Klinik während des über zwei Monate dauernden stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin beruht (Urk. 9/72). Nachdem sowohl die Ärzte der Y.____ als auch die Gutachter der MEDAS gestützt auf die Ergebnisse ihrer fundierten entsprechenden Abklärungen mit überzeugender Begründung zum Schluss gelangten, dass die – sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende – (leicht) verminderte kognitive Leistungsfähigkeit vor dem Hintergrund der psychischen Beeinträchtigung zu sehen sei (Urk. 9/72 S. 2, Urk. 7/48 S. 26 im Prozess Nr. IV.2015.00091) und auch die behandelnde Psychiaterin Dr. M.____ die psychische Störung für ursächlich für die kognitiven Defizite hielt (Urk. 7/33 S. 6 im Prozess Nr. IV.2015.00091) , ist eine objektivierbare Funktionsstörung jedenfalls zu verneinen. 5.3 5.3.1 Aufgrund der Akten ist zu schliessen, dass die noch über den Zeitpunkt des Fallabschlusses per 30. Juni 2012 hinaus

anhaltenden und seit dem Unfall vom 19. Juli 2011 im Wesentlichen therapieresistenten Beschwerden nicht im Rahmen des typischen Beschwerdebilds nach HWS-Distorsion beziehungsweise nach Commotio cerebri zu interpretieren sind .

So beschränken sich die von der Beschwerdeführerin seit dem fraglichen Ereignis im Wesentlichen geklagten Beschwerden auf Nacken- und Kopfschmerzen. Die zudem dokumentierten kognitiven Beeinträchtigungen sind, wie bereits dargelegt, mit der psychischen Beeinträchtigung zu erklären. Nach Lage der Akten war der Unfall vom 19. Juli 2011 nicht eigentliche Ursache der psychischen Symptomatik . Vielmehr ist davon auszugehen, dass das psychische Leiden mit der schon seit Jahren vorbestandenem massiven psychosozialen Belastungssituation zu erklären ist und durch den fraglichen Unfall

lediglich ausgelöst wurde (vgl. hierzu

insbesondere Berichte Dr. H. ___ vom 5. Oktober 2011 [Urk. 9/12] und vom 1. September 2012 [Urk. 9/93], Bericht Dr. I. ___ vom 8. Dezember 2011 [Urk. 9/43], Austrittsbericht Y. ___ vom 23. Mai 2012 [Urk. 9/72 S. 2], Psychiatrischer Bericht Y. ___ vom 23. Mai 2012 [Urk. 9/71 S. 2 und S. 3], Expertise Dr. A. ___ vom 31. Mai 2013 [Urk. 14] und Gutachten MEDAS vom 25. Juni 2014 [Urk. 7/48 S. 9, S. 21, S.

25 und S. 27 im Prozess Nr. IV.2015.00091).

Die Gutachter der MEDAS gingen denn auch davon aus, dass sich eine gesundheitliche Verbesserung am ehesten durch eine Veränderung der psychosozialen Situation und nicht etwa mittels medizinischer Massnahmen erzielen lasse (Urk. 7/48 S. 27

im Prozess Nr. IV.2015.00091), und auch Dr. H. ___ hielt insbesondere eine Entlassung im Alltag für indiziert (Urk. 9/12 S. 3). Da der Unfall demnach lediglich Gelegenheitsbeziehungsweise Zufallsursache der psychischen Beeinträchtigung war, besteht – entsprechend der einschlägigen Rechtsprechung (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_247/2014 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen) – kein Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen hierfür. 5.3.2 Die Leistungseinstellung der SUVA wäre im Übrigen selbst dann rechtens, wenn man davon ausginge, dass die über den 30. Juni 2012 hinaus persistierenden (psychisch bedingten) Beschwerden in einem grundsätzlich anspruchsbegründenden natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 19. Juli 2011 stehen, weil dieses – wie sich im Folgenden ergibt – jedenfalls nicht adäquat kausal für die anhaltende Symptomatik ist. Da es sich dabei nach dem Gesagten um keine mit der HWS-Distorsion beziehungsweise der Commotio cerebri in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik handelt, ist die Adäquanzprüfung nach der in BGE 115 V 133 und nicht nach der in BGE 117 V 359 begründeten und in BGE 134 V 109 modifizierten Rechtsprechung zu prüfen (Urk. 1 S. 9).

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Rissquetschwunde im Bereich der rechten Augenbraue und die Prellungen schon bald nach dem Unfall verheilten. Die von den Ärzten aus somatischen Gründen verordnete Behandlung brachte, soweit sie – angesichts der immer wieder als therapieresistent bezeichneten Beschwerden, die sich im Lauf der Zeit eher noch verschlechterten respektive ausweiteten (vgl. etwa Urk. 9/12, Urk. 9/16 S. .

1, Urk. 9/72 , Urk. 9/93 S. 2, Urk. 9/132 , Urk. 14 S. 8 sowie Urk. 7/32 S. 6 im Prozess Nr. IV.2015.00091)

– nach dem Unfall überhaupt je einen nennenswerten Erfolg gezeitigt hatte, jedenfalls im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. Juni 2012 schon seit langem keine wesentliche Besserung mehr und liess auch keine solche mehr erwarten. So erachtete denn auch Dr. A. ___ eine Physiotherapie lediglich noch zur Lockerung, Entspannung und Stabilisierung der Muskulatur für sinnvoll (Urk. 14 S. 10). Angesichts dieser Gegebenheiten und aufgrund des Umstands, dass die IV-Stelle ihren Entscheid über Eingliederungsmassnahmen erst später fällte (Urk. 9/116) , ist der Fallabschluss der SUVA nicht verfrüht erfolgt (Urteil des Bundesgerichts 8C_205/2013 vom 5. September 2013 E. 3.2.4 mit Hinweisen; Urk. 1 S. 11). Beim Ereignis vom 19. Juli 2011 schlug die Beschwerdeführerin, als sie auf der Toilette eines Passagierflugzeugs sass und dieses in Turbulenzen geriet, rechts seitig mit Kopf, Nacken und Arm gegen die Wand respektive den Boden und zog sich dabei eine

Rissquetschwunde im Bereich der Augenbraue sowie Kontusionen zu (Urk. 9/1, Urk. 9/4, Urk. 9/6, Urk. 9/12, Urk. 9/ 46 S. 1 sowie Urk. 7/10 im Prozess Nr. IV.2015.00091).

Angesichts des augenfälligen Geschehensablaufs sowie der sich dabei entwickelnden Kräfte und unter Berücksichtigung der Einordnung vergleichbarer Geschehnisse

(vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_918/2008 vom 1. Mai 2009 E. 4.3) ist der Unfall höchstens als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu qualifizieren. Von den recht sprechungsgemäss zusätzlich zu beachtenden Kriterien müssten dem nach mindestens vier in einfacher Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_795/2012 vom 28. November 2012 E. 5.2 mit Hinweis).

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise des Angstgefühls der versicherten Person (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 7.1 mit Hinweis) . Vorliegend spielte sich der Unfall weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ab, noch war er besonders eindrücklich. So war die Beschwerdeführerin, nachdem sie wegen der Turbulenzen gegen die Wände der Toilette geschleudert worden war, (zumindest gemäss ihren ursprünglichen Aussagen) in der Lage, die Toilette selbständig zu verlassen (Urk. 9/12 S. 1) , und ihre Wunde wurde vom Flugpersonal umgehend versorgt

und gleich nach der Landung ärztlich behandelt (Urk. 9/16 S. 1) . Ihre mitfliegenden Kinder blieben – wie sämtliche weiteren Flugpassagiere – bei den Turbulenzen unverletzt (Urk.

7/48 S. 15 im Prozess Nr. IV.2015.00091) . Der Schrecken, den sie erlitten hat, hielt sich damit im Rahmen der bei mittleren Unfällen üblichen Eindrücklichkeit , und es waren keine relevanten Begleitumstände zu verzeichnen, welche die Bejahung des Kriteriums nahelegten (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_579/2011 vom 5. Dezember 2011 E. 3.5 mit Hinweisen) .

Sodann zog sich die Beschwerdeführerin mit der Rissquetschwunde im Bereich der rechten Augenbraue, den Kontusionen und der Commotio cerebri keine schwere oder besonders geartete Verletzung zu, die sich erfahrungsgemäss eignete, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist zu verneinen . So waren die nach dem Unfall geklagten körperlichen Beschwerden schon bald nicht mehr mit somatischen Befunden zu erklären, sondern – zumindest in erster Linie –

vor dem Hintergrund der psychischen Beeinträchtigung zu sehen . Die Ärzte der Y.____ attestierten der Beschwerdeführerin bei Klinikaustritt am 23. Mai 2012 denn auch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/72 S. 2) ; von einer solchen gingen in der Folge – abgesehen von einer kurzen Phase nach einem erst nach Erlass des Einspracheentscheids vom 13. Juni 2013 (Urk. 2) erlittenen Auffahrunfall – mit überzeugender Begründung auch die Gutachter der MEDAS aus (Urk. 7/48 S. 26 im Prozess Nr. IV.2015.00091) .

Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung , welche die Unfallfolgen erheblich verschimmert hätte, und für einen schwierigen Heilungsverlauf beziehungsweise erhebliche Komplikationen gibt es in den Akten keine. Das Vorbringen, die Ärzte der Y.____ hätten notwendige Untersuchungen unterlassen (Urk. 1 S. 10), erweist sich als unbegründet . Die Beschwerdeführerin legt denn auch gar nicht dar, welche anderen weitigen Therapieoptionen sich aufgrund der Resultate der angeblich unterbliebenen Abklärungen ergeben hätten.

Angesichts des Umstands, dass die nach dem Unfall geklagten (somatischen) Beeinträchtigungen – wenn nicht aus schliesslich, so zum weit überwiegenden Teil – schon bald psychischer Genese waren, sind das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und dasjenige der körperlichen Dauerschmerzen

ebenfalls nicht erfüllt. Da demnach keines der unfallbezogenen Merkmale erfüllt ist, ist ein allfälliger natürlicher (Teil-)Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 19. Juli 2011 und der psychischen Symptomatik jedenfalls nicht adäquat. 5.4 Weil die über den 30. Juni 2012 hinaus persistierenden – keinem organischen Korrelat zuordenbaren – Beschwerden nach dem Gesagten in keinem rechts genügenden Zusammenhang zum Unfall vom 19. Juli 2011 stehen, hat die SUVA ihre Leistungen zu Recht per Ende Juni 2012 eingestellt. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt unter Beilage je einer Kopie folgender Aktenstücke des Prozesses Nr. IV.2015.00091: Urk. 1 f., Urk. 7/4, Urk. 7/10, Urk. 7/18, Urk. 7/23, Urk. 7/25, Urk. 7/28, Urk. 7/32 f., Urk. 7/48

- 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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub-Fischer

E. 4

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. 9

S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

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