

SO_GERICHTE VSBES.2016.171 vom 6. September 2017

SO Obergericht, 2017-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.171_d20170906

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.171 du 6 septembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.171 del 6 settembre 2017

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Versicherte A.____ (fortan: Beschwerdeführerin), geb. 1983, war bei der Firma C.____ als [...] angestellt. Sie kam parallel an zwei Arbeitsplätzen in [...] zum Einsatz: Einerseits im [...] (fortan: Arbeitsplatz 1), andererseits im [...] (fortan: Arbeitsplatz 2). Auf Grund dieses Arbeitsverhältnisses war sie bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert. 1.2 Am 8. Oktober 2011 wurde die Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz 1 Opfer eines Raubüberfalls (vgl. Schadenmeldung UVG vom 7. November 2011, Suva-Akten / Suva-Nr. 1 S. 1). Die Suva (fortan: Beschwerdegegnerin) erbrachte die gesetzlichen Leistungen in der Form von Taggeldern sowie Übernahme der Heilbehandlungskosten (Suva-Nr. 30 ff.). Mit Verfügung vom 14. Juli 2015 stellte die Beschwerdegegnerin die Heilkostenleistungen per 31. Juli 2015 ein, da keine adäquat kausalen Unfallfolgen vorlägen. Ausserdem bestätigte sie, dass ab 1. Januar 2015 keine Taggelder mehr ausgerichtet würden, weil es an einer Lohneinbusse fehle (Suva-Nr. 366). Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 14. September 2015 Einsprache (Suva-Nr. 373), welche die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 13. Mai 2016 abwies (Aktenseite / A.S. 1 ff.). Die Krankenversicherung der Beschwerdeführerin hatte ihre vorsorgliche Einsprache bereits am 13. August 2015 zurückgezogen (Suva-Nr. 371).

E. 2

2.1 Am 17. Juni 2016 lässt die Beschwerdeführerin beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 12 ff.): Es sei der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 13. Mai 2016 aufzuheben. Die Suva sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlich geschuldeten Versicherungsleistungen (insbesondere die vorübergehenden Leistungen wie Taggelder und Heilungskosten) auszurichten. Es sei die Suva anzuweisen, nach Abschluss der Eingliederungsmassnahmen der IV und nach Erreichen des medizinischen Endzustandes das Verfahren auf Festsetzung der gesetzlichen Leistungen (insbesondere IV-Rente, Integritätsentschädigung) einzuleiten. Es sei durch einen fachärztlichen Gutachter für Traumatologie abzuklären, was für gesundheitliche Folgen der Raubüberfall vom 8. Oktober 2011 und die anschliessende Retraumatisierung vom 3. Juni 2013 für die Beschwerdeführerin heute noch haben, wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirken und ob deswegen ein Integritätsschaden besteht. Es sei eine Parteiverhandlung durchzuführen, bei welcher die Beschwerdeführerin und als Zeugin deren Schwester Frau [...] sowie die zwei Zeuginnen des Vorfalles der Retraumatisierung vom 3. Juni 2013, Frau

[...] und Frau [...], zu befragen seien. Es sei eine öffentliche Verhandlung mit den Parteien und deren Vertretern vor den Schranken des Versicherungsgerichts durchzuführen (Art. 6 EMRK). U.K.u.E.F. Die Beschwerdegegnerin lässt in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. Juli 2016 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde beantragen, soweit darauf eingetreten werden könne (A.S. 38 ff.). 2.2 Die Parteien halten mit Replik vom 5. Oktober 2016 (A.S. 52 ff.) resp. Duplik vom 2. November 2016 (A.S. 67 ff.) an ihren Rechtsbegehren fest. Nachdem der Präsident des Versicherungsgerichts die Anträge der Beschwerdeführerin auf Partei- und Zeugenbefragung mit Verfügung vom 16. Januar 2017 abgewiesen hat (A.S. 71 f.), verzichtet sie am 16. Februar 2017 auf eine öffentliche Verhandlung (A.S. 77 f.). 2.3 Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 2. Mai 2017 eine Kostennote ein (A.S. 92 f.). Die Beschwerdegegnerin beanstandet am 15. Mai 2017 deren Höhe (A.S. 95). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hält in der Folge mit Eingabe vom 22. Mai 2017 an seiner Kostennote fest (A.S. 97 f.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin bezüglich des Unfallereignisses vom 8. Oktober 2011 zu Recht den Fall abgeschlossen und einen Anspruch auf Leistungen nach dem 31. Dezember 2014 resp. 31. Juli 2015 verneint hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 13. Mai 2016 eingetreten ist (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich / Basel / Genf 2015, Art. 52 N 60). 2. Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist, erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Laufende Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung stehen dem Fallabschluss nicht entgegen (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 144).

E. 3

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 bzw. 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (a.a.O.). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter 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 S. 181).

3.3 Praxisgemäss werden schreckbedingte plötzliche Einflüsse auf die Psyche (sog. Schreckereignisse; zur Definition: BGE 129 V 177 E. 2.1 S. 179 f.) als Einwirkungen auf den menschlichen Körper im Sinne des Unfallbegriffs anerkannt. Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit vermögen nur aussergewöhnliche Schreckereignisse, die mit einem ausserordentlichen psychischen Schock verbunden sind, zu erfüllen. Die seelische Einwirkung muss durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart des Versicherten sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer überraschenden Heftigkeit geeignet sein, auch bei einem gesunden Menschen durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen (wie Lähmungen, Herzschlag etc.) hervorzurufen. In Frage kommen Ereignisse wie etwa Brand- oder Erdbebenkatastrophen, Eisenbahn- oder Flugzeugunglücke, verbrecherische Überfälle oder sonstige plötzliche Todesgefahren, bei denen, anders als im Rahmen der üblichen Unfälle, die psychische Stresssituation im Vordergrund steht, wogegen dem somatischen Geschehen keine (entscheidende) Bedeutung beigemessen werden kann. An den Beweis der Tatsachen, die das Schreckereignis ausgelöst haben, an die Aussergewöhnlichkeit dieses Ereignisses sowie den entsprechenden psychischen Schock sind strenge Anforderungen zu stellen. Nach der Rechtsprechung besteht die übliche und einigermaßen typische Reaktion auf solche Ereignisse erfahrungsgemäss darin, dass zwar eine Traumatisierung stattfindet, diese aber vom Opfer in aller Regel innert einiger Wochen oder Monate überwunden wird (in BGE 140 V 356 [Urteil 8C_51/2014 vom 14. Juli 2014] nicht publ. E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2016 vom 23. Mai 2016 E. 2.2). Die Adäquanz zwischen einem Schreckereignis ohne körperliche Verletzungen und den nachfolgend aufgetretenen psychischen Störungen ist nach der allgemeinen Formel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) zu beurteilen (BGE 129 V 177 E. 4.2 S. 184). Die (analoge) Anwendung

der für psychische Gesundheitsschädigungen entwickelten Adäquanzkriterien (s. dazu BGE 115 V 133) ist ebenso ungeeignet wie diejenige der sog. Schleudertraumapraxis (BGE 134 V 109). Die Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, darf in der sozialen Unfallversicherung nicht auf den psychisch gesunden Versicherten beschränkt werden. Vielmehr ist auf eine weite Bandbreite der Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die auf Grund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde (z.B. wegen einer ungünstigen konstitutionellen Prädisposition oder einer psychisch belastenden sozialen, familiären resp. beruflichen Situation). Somit bilden im Rahmen der erwähnten, weit gefassten Bandbreite auch solche Versicherte Bezugspersonen für die Adäquanzbeurteilung, welche im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung eines Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren. Daraus ergibt sich, dass für die Beurteilung der Frage, ob ein konkretes Unfallereignis als alleinige Ursache oder als Teilursache nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, zu einer bestimmten psychischen Schädigung zu führen, kein allzu strenger, sondern im dargelegten Sinne ein realitätsgerechter Massstab angelegt werden muss (BGE 129 V 177 E. 3.3 S. 182).

3.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang (BGE 134 V 109 E. 9 S. 121 ff.) muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 359 E. 4a S. 360, 117 V 369 E. 3a S. 376, 115 V 133 E. 8b S. 142). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 54). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_416/2010 vom 29. November 2010 E. 2.2). Der Unfallversicherer kann trotz vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die Leistungen ex nunc et pro futuro einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind; nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten. Dies gilt

auch bezüglich des Vorliegens der Adäquanz. Es ist nämlich erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu prüfen, ob die geklagten Beschwerden zum Unfall adäquat kausal sind. (BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384; Urteil des Bundesgerichts 8C_187/2017 vom 11. August 2017 E. 2.3).

E. 3.5

3.5.1 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 E. 5b S. 360, mit Hinweisen). 3.5.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2 und 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis).

3.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein

Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

E. 4.1

4.1.1 Die Beschwerdeführerin schilderte den Tathergang zusammengefasst wie folgt (s. polizeiliche Einvernahme unmittelbar nach dem Überfall, Suva-Nr. 37 S. 5 ff., ausserdem Suva-Nrn. 5 und 16 S. 1):

Die Beschwerdeführerin befand sich am 8. Oktober 2011 um 19:30 Uhr zusammen mit ihrer Schwester (der Leiterin der Filiale, Suva-Nr. 35) und einer Kundin draussen vor dem Geschäft. Als ein Mann, welcher ein regelmässiger Kunde war, den Laden betrat, folgte ihm die Beschwerdeführerin, um ihn zu bedienen. Sie begab sich hinter den Tresen und drehte sich zu ihm um. In diesem Moment hatte der Mann, verumumt mit einem Schal, bereits ein Messer mit einer 14 cm langen Klinge in der Hand und forderte die Beschwerdeführerin auf, nichts anzufassen und die Kasse zu öffnen. Er drohte, ihr die Kehle durchzuschneiden, falls sie ihm das Geld nicht gebe. Die Beschwerdeführerin, welche um ihr Leben fürchtete und zu keinem Widerstand in der Lage war, begab sich hinter dem Tresen zur Kasse und öffnete diese. Der Täter folgte im Abstand von 50 cm mit dem auf Bauchhöhe gegen die Beschwerdeführerin gerichteten Messer. Sie übergab ihm einen Teil der Noten, den Rest behändigte der Täter selber. Danach musste die Beschwerdeführerin das Münzgeld in seine Umhängetasche leeren. Der Täter nahm sodann noch einige Packungen Zigaretten an sich, bevor er den Laden verliess und davonrannte. Der Überfall dauerte drei bis vier Minuten.

Der Täter stellte sich am folgenden Tag der Polizei (Suva-Nr. 37 S. 18). Das Strafverfahren gegen ihn war im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides noch hängig.

4.1.2 Der Hausarzt Dr. med. D.____ schrieb die Beschwerdeführerin ab dem 8. Oktober 2011 zunächst zu 100 % arbeitsunfähig, ab dem 14. November 2011 hingegen noch zu 50 % (Suva-Nrn. 13 S. 2 ff., 27, 61, 68, 89). Seit dem letzteren Datum war die Beschwerdeführerin wieder am Arbeitsplatz 2 tätig (Suva-Nr. 37 S. 22).

Die Ärzte der E.____ diagnostizierten am 15. November 2011 (Suva-Nr. 16) eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23), differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1, fortan: PTBS). Das Trauma dränge sich in Flashbacks und Alpträumen auf. Die Beschwerdeführerin leide gegenwärtig u.a. unter innerer Anspannung und Schreckhaftigkeit.

Ab April 2012 arbeitete die Beschwerdeführerin zu therapeutischen Zwecken wieder am Arbeitsplatz 1, wobei sie ihre Präsenzzeit selber bestimmte (Suva-Nr. 65).

In ihrem Bericht vom 9. Mai 2012 (Suva-Nr. 83) diagnostizierten die Psychologin lic. phil. FSP F.____ und Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine PTBS

nach Raubüberfall (F43.1). Es würden Intrusionen auftreten, sich aufdrängende Bilder des Überfalls. Die Beschwerdeführerin sei ausser Haus (und nachts auch zu Hause) ängstlich und unsicher. Sie habe Probleme, allein zu sein, namentlich am Arbeitsplatz 1; bei Anwesenheit anderer Mitarbeiter fühle sie sich relativ sicher. Wenn sie einen Mann sehe, der dem Täter ähne (was vor allem am Sonntagmorgen am Arbeitsplatz 1 der Fall sei), so löse dies Panikattacken aus.

4.1.3 Auf Druck der Arbeitgeberin hin kehrte die Beschwerdeführerin per 1. Juni 2012 voll an den Arbeitsplatz 1 zurück (Suva-Nrn. 93 + 94), mit einem Unterbruch für den Mutterschaftsurlaub vom 3. Januar bis 12. April 2013 (Suva-Nr. 122 S. 2). Die Beschwerdeführerin hatte immer noch Mühe wegen ihrer Angst; sie tauschte ihre Schichten so oft wie möglich ab, um am Arbeitsplatz 2 arbeiten zu können, und liess sich am Arbeitsplatz 1 an Wochenenden begleiten (Suva-Nrn. 94, 97 und 109).

Die Arbeitgeberin löste am 18. April 2013 die Anstellung für den Arbeitsplatz 1 per 30. Juni 2013 auf, beschäftigte die Beschwerdeführerin jedoch weiterhin am Arbeitsplatz 2 (Suva-Nr. 122 S. 1).

4.1.4 Der Konsiliararzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 3. Mai 2013 (Suva-Nr. 115) folgende Diagnosen (S. 11):

- sonstige Reaktion auf schwere Belastung (F 43.8)
- mit psychotraumatologischen Symptomen wie Alpträumen, erhöhter Schreckhaftigkeit und Hypervigilanz
- mit affektiven Symptomen wie erhöhter Reizbarkeit und Affektlabilität
- differenzialdiagnostisch im Sommer 2012 Kriterien einer PTBS (F43.1) erfüllt
- primär im Rahmen des Raubüberfalles vom 8. Oktober 2011, Verlauf mitmoduliert durch Belastung am Arbeitsplatz und aktuelle Kündigung
- Vorbelastung durch den gewaltsamen Tod des Grossvaters im Rahmen der kriegerischen Auseinandersetzungen im Kosovo, Einbruchdiebstahl in der Wohnung vor drei Jahren mit passagerer ängstlicher Symptomatik und Wohnungswechsel, passagere ängstliche Symptomatik im Rahmen des Verschlusses eines Foramen ovale im Februar 2011.
- Status nach akuter Belastungsreaktion im Rahmen des Überfalles (F43.0)
- schädlicher Low dose-Gebrauch von Zolpidem (F13.1)

Am Arbeitsplatz 2, wo der Überfall nicht stattgefunden habe und sie nie alleine arbeiten müsse, habe die Beschwerdeführerin wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht. Auch am Arbeitsplatz 1 sei die Leistung auf das alte Pensum gesteigert worden, doch habe die Beschwerdeführerin wegen ihrer psychiatrischen Symptomatik dafür mehr Energie aufwenden müssen als vor dem Überfall. Aktuell stehe die Belastung durch den Konflikt mit der Arbeitgeberin im Vordergrund; die Beschwerdeführerin fühle sich gekränkt und unverstanden. Auf der anderen Seite persistierten die Symptome der psychotraumatologischen Anpassungsreaktion wie Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz, Alpträume und Vermeidungsverhalten bezüglich des Arbeitsplatzes 1 (S. 12 f.). Die Symptomatik der PTBS habe sich weitgehend zurückgebildet. Die psychotraumatologische Symptomatik sei relativ leichtgradig, differenzialdiagnostisch könne eine sehr diskrete

PTBS diskutiert werden. Klinisch liege keine depressive Störung im engeren Sinne vor (S. 13). Die Angstsymptomatik beziehe sich auf das Unfallereignis und erfülle die Kriterien einer eigenständigen Angststörung nicht. Die geringere Belastbarkeit habe sich am Arbeitsplatz 1 nicht auf die wirtschaftlich erreichte Leistungsfähigkeit ausgewirkt. Aktuell bestehe bei einer vollzeitlichen Präsenz weiterhin eine schwankende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Bereich von 10 bis 20 % (S. 14). Die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz 2 sei höher anzusetzen. Mittel- bis langfristig sei die Prognose gut. Dabei könne eine leichte Reduktion der Leistungsfähigkeit an Arbeitsplätzen bestehen bleiben, bei denen die Wahrscheinlichkeit eines Verbrechens statistisch erhöht sei. Die Restsymptomatik lasse sich bezüglich Lebensqualität und Rückfallprophylaxe durch eine Psychotherapie weiter verbessern (S. 15).

4.1.5 Die Dres. I. ___ und J. ___, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielten in ihrem Bericht vom 17. Juni 2013 (Suva-Nr. 126) fest, die Beschwerdeführerin habe den Überfall einigermaßen verarbeitet gehabt, bevor es zu einer Retraumatisierung gekommen sei und sie sich zur Behandlung gemeldet habe. Am Vormittag des 3. Juni 2013 habe sich die Beschwerdeführerin mit ihrem jüngeren Sohn auf dem Rückweg vom Kindergarten befunden, wohin sie ihren älteren Sohn gebracht habe. In unmittelbarer Nähe ihrer Wohnung sei sie plötzlich dem Täter vom 8. Oktober 2011 gegenüberstanden. In Panik habe sie die Strassenseite gewechselt (dies dreimal, s. A.S. 19), worauf ihr der Täter gefolgt sei. Die Beschwerdeführerin habe sich in einem Garten versteckt und zwei Freundinnen angerufen, die sie zu ihrer Wohnung begleitet hätten. Die Polizei habe erklärt, man könne nichts machen, weil der Täter nicht straffällig geworden sei. In den Folgetagen sei bei der Beschwerdeführerin alles wieder hochgekommen: Wie z.B. der Täter sie damals mit einem langen Messer bedroht habe; wie ihr Chef als erstes gefragt habe, ob Geld fehle, und nicht, wie es ihr gehe; wie man bei der Anhörung auf der Staatsanwaltschaft von ihr verlangen wollte, gleichzeitig mit dem Täter im Raum zu sein; wie es sein könne, dass ein solch gefährlicher Mann frei herumlaufe; wie verunsichert sie sich fühle und wie schlimm es für sie sei, dass sie sich mit ihren Kindern nicht frei bewegen könne (S. 2 f.). Die Stimmung sei sehr gedrückt. Anamnestisch lägen u.a. Flashbacks und häufige dissoziative Symptome vor (S. 3). Die juristische Aufarbeitung des Überfalls, welche das Gerechtigkeitsempfinden der Beschwerdeführerin verletze, die als sehr kränkend erlebte Kündigung und vor allem die aktuelle, sehr bedrohlich erlebte Wiederbegegnung mit dem Täter mit der nachvollziehbaren Angst, verfolgt zu werden, hätten zu einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) infolge anhaltender Belastungsfaktoren sowie einem Rezidiv einer PTBS (F43.1) geführt. Den Arbeitsplatz 2 wolle die Beschwerdeführerin vorerst beibehalten (S. 4).

In der Folge schrieben die Dres. I. ___ und J. ___ die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2013 vollständig arbeitsunfähig, ausgenommen den Arbeitsplatz 2 (Suva-Nrn. 141 S. 2, 178, 190 S. 3, 199 S. 2).

Am 18. September 2013 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der Invalidenversicherung an (Suva-Nr. 138). Im dortigen Gespräch vom 31. Oktober 2013 gab sie an, es gehe ihr noch schlechter, seit der Täter vor zwei Wochen am Arbeitsplatz 2 erschienen sei. Sie sei ständig ängstlich und unsicher. Im Vergleich zur Situation vor dem Unfall arbeite sie zu 25 bis 30 % (Suva-Nr. 162).

Aus den weiteren Berichten der Dres. I. ___ und J. ___ ergibt sich ein schwankender gesundheitlicher Verlauf:

·23. Oktober 2013 (Suva-Nr. 157): Die Belastbarkeit sei wegen der depressiven Reaktion auf die vielfältigen Belastungsfaktoren sowie die Angst- und Vermeidungssymptome deutlich herabgesetzt. Die Ängste würden vermutlich auch an einem anderen Arbeitsplatz anhalten; ihnen zu begegnen, sei ein wesentlicher Faktor für eine Stabilisierung. Eine Verbesserung der Symptomatik setze die intensive Begleitung der Beschwerdeführerin sowie die Aufbietung aller verfügbaren Ressourcen voraus. Unter günstigen Umständen sei es denkbar, das Pensum am Arbeitsplatz 2 bis Frühling 2013 [recte: 2014] schrittweise auf die von der Beschwerdeführerin angestrebten 80 bis 100 % aufzustocken.

·17. Januar 2014 (Suva-Nr. 198): Neben einer mittelschweren Depression (F32.1) mit Angstsymptomatik bestehe der dringende Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0). Nach der Retraumatisierung sei es zu einer leichten Besserung gekommen, aber seit Ende Oktober 2013 habe sich das Beschwerdebild verschlimmert. Die Beschwerdeführerin beginne, an andere Optionen als eine Aufstockung des Pensums am Arbeitsplatz 2 zu denken. Je nach Verlauf könne eventuell schon im April 2014 zusätzlich zur aktuellen Stelle mit einer zeitlichen Intensität von 10 bis 20 % begonnen werden; nicht, weil es der Beschwerdeführerin schon so gut gehe, sondern um ihr Selbstvertrauen zu stärken. Es sei mittlerweile schwierig, eine günstige Prognose abzugeben.

·22. April 2014 (Suva-Nr. 240): Die Lage habe sich seit März 2014 leicht stabilisiert, nachdem die Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz 2 vermehrt zum Einsatz gekommen sei. Sie beginne ansatzweise, ihr Leben wieder aktiver zu gestalten. Mehr könne im Moment nicht erwartet werden, da die juristische Auseinandersetzung andauere und die Beschwerdeführerin immer wieder mit dem Geschehen konfrontiert werde. Immer wieder komme es zu krisenhaften Zuspitzungen, wie Ende Februar 2014, als die Beschwerdeführerin vom Täter einen «Entschuldigungsbrief» erhalten habe; dieser Brief habe gezeigt, dass der Täter bestens über die Wohn- und Familiensituation der Beschwerdeführerin Bescheid wisse. Die Teilarbeitsfähigkeit sei immer noch an den Arbeitsplatz 2 gebunden. Im günstigsten Fall lasse sich dort die Arbeitsfähigkeit von Mitte 2014 bis Mitte 2015 auf 100 % steigern. Eine anderweitige Stellensuche sei zwar nicht mehr absolut undenkbar, aber mit grossen Ängsten verbunden.

·11. August 2014 (Suva-Nr. 273 S. 2 ff.): Die Teilarbeitsfähigkeit sei trotz einer weiteren leichten Stabilisierung seit Mai resp. Juni 2014 nach wie vor an den Arbeitsplatz 2 gebunden. Im besten Fall lasse sich die dortige Arbeitsfähigkeit bis Ende 2014 auf 100 % steigern. Was eine andere Arbeit angehe, so könne man die Beschwerdeführerin, wenn sich der Befund weiterhin bessere, ab Anfang 2015 vorsichtig dazu ermutigen, zusätzlich zum Arbeitsplatz 2 10 bis 20 % zu arbeiten. Eine andere Stelle wäre mit grossen Ängsten verbunden.

·6. und 13. Oktober 2014 (Suva-Nr. 305 S. 2 und Nr. 306): Der Gesundungsprozess habe sich verlangsamt, dies u.a. wegen der Angst vor dem Strafprozess, der Unsicherheit einer ganztägigen Anstellung am Arbeitsplatz 2 sowie verschiedener Schicksalsschläge wie dem Jobverlust des Ehemannes. Es liege eine schwere depressive Episode vor. Das Ziel einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis Ende 2014 sei daher zu relativieren. Langfristig sei die Prognose jedoch nach wie vor günstig.

·12. Dezember 2014 (Suva-Nr. 325 S. 2 f.): Die Beschwerdeführerin sei grundsätzlich weiterhin vollständig arbeitsunfähig. Eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % bestehe nur

in einem vertrauten, wohlwollenden Rahmen, wie er am Arbeitsplatz 2 geboten werde. Mit Bewerbungen wäre die Beschwerdeführerin derzeit überfordert. Eine sofortige Einstellung des Taggelds würde den Gesundungsprozess bremsen.

4.1.6 Dr. med. H. ___ stellte in seinem Bericht vom 16. Dezember 2014 (Suva-Nr. 327) folgende Diagnosen (S. 12 f.):

- sonstige Reaktion auf schwere Belastung (F 43.8)
- im Vordergrund stehende Angstsymptomatik mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten (F40.9, nicht näher bezeichnete phobische Störung)
- auf der Persönlichkeitsebene im Anschluss an den Unfall Entwicklung von spezifischen, teilweise dysfunktionalen Coping-Mechanismen
- differenzialdiagnostisch auf dem Boden akzentuierter Persönlichkeitszüge mit dependenten und narzisstischen Zügen (Z73.1)
- differenzialdiagnostisch neurotische Störung mit dependenten und narzisstischen Zügen (F48.9, nicht näher bezeichnete neurotische Störung)
- differenzialdiagnostisch störende Persönlichkeitsänderung (F61.1)
- mit psychotraumatologischen Symptomen leichtgradiger Ausprägung wie Alpträumen, erhöhter Schreckhaftigkeit und Hypervigilanz
- mit affektiven Symptomen wie erhöhter Reizbarkeit und Affektlabilität
- differenzialdiagnostisch im Sommer 2012 Kriterien einer PTBS (F43.1) erfüllt
- primär im Rahmen des Raubüberfalles vom 8. Oktober 2011; Verlauf mit / moduliert durch
- Belastung am Arbeitsplatz, Konflikt mit dem Vorgesetzten
- vorbestehende leichte Angstproblematik durch den Wohnungseinbruch
- Vorbelastung durch den gewaltsamen Tod des Grossvaters im Rahmen der kriegerischen Auseinandersetzungen im Kosovo
- Einbruchdiebstahl in der Wohnung vor drei Jahren mit passagerer ängstlicher Symptomatik und Wohnungswechsel
- passagere ängstliche Symptomatik im Rahmen des Verschlusses eines Foramen ovale im Februar 2011
- Status nach akuter Belastungsreaktion im Rahmen des Überfalles (F43.0)
- schädlicher Low dose-Gebrauch von Zolpidem (F13.1)

Die Beschwerdeführerin habe nach dem Überfall nachvollziehbar eine kurze akute Belastungsreaktion entwickelt. Im weiteren Verlauf seien die verschiedenen psychotraumatologischen Symptome als Anpassungsstörung klassifiziert worden. Die seit 2010 bestehende Angstsymptomatik habe vor dem Überfall nie zu einer Arbeitsunfähigkeit oder zu einem klinisch relevanten dysfunktionalen Verhaltensmuster geführt. Die psychotraumatologische Symptomatik sei initial nach dem Überfall stärker ausgeprägt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe affektive Symptome mit depressiven Einbrüchen und eine Angstproblematik entwickelt. Letztere sei im weiteren Verlauf für die

Alltagsbewältigung immer relevanter geworden und werde deshalb neu gesondert als phobische Störung festgehalten. Differenzialdiagnostisch erreiche die Symptomatik immer wieder das Ausmass einer PTBS, doch würde das Ereignis nicht bei nahezu jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen (S. 13). Die Beschwerdeführerin habe die Arbeit wieder mit einem vollen Pensum aufgenommen. Die Alpträume und Wiedererinnerungen seien deutlich zurückgegangen und störten nur noch marginal. Das Vermeiden beziehe sich vor allem auf die Angstsymptomatik; ein klassisches Vermeidungsverhalten bestehe nicht, weil die Beschwerdeführerin sonst an einem Arbeitsplatz mit erhöhtem Risiko für Raubüberfälle nicht arbeitsfähig wäre. Im Rahmen der Anpassungsstörungen lägen Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung vor, u.a. mit einer gewissen Hypervigilanz. Erhöht schreckhaft sei die Beschwerdeführerin nicht. Insgesamt liessen sich die Symptome besser im Rahmen der phobischen Störung subsumieren. Unter Belastung komme es phasenweise zu depressiven Symptomen, die teilweise eine mittelgradige Ausprägung erreichten. In der heutigen Untersuchung sei die Beschwerdeführerin zwar beim Ansprechen belastender Themen teilweise affektlabil und depressiv herabgestimmt gewesen, insgesamt aber gut schwingungsfähig und in den meisten Gesprächssituationen euthym. Im Gegensatz zur ersten Untersuchung sei die Persönlichkeitsebene differenzierter zu diskutieren. Im dreijährigen Verlauf habe sich die Beschwerdeführerin in einer schwer nachvollziehbaren Weise auf den Arbeitsplatz 2 fixiert (S. 14).

Medizinisch könne auf der Symptomebene der Anpassungsstörung davon ausgegangen werden, dass ein Endzustand erreicht sei. Die Symptomatik mit den schwankenden depressiven Einbrüchen sei seit 18 Monaten konstant, dies trotz Psychopharmaka und Psychotherapie. Auf der Arbeitsebene traue sich die Beschwerdeführerin einerseits zu, heute mit 50 % fest am Arbeitsplatz 2 zu arbeiten und das Pensum bis zum Frühling auf 80 % zu steigern. Dies entspreche auch der Arbeitsleistung, die sie früher nach dem Überfall wieder erreicht habe. Auf der anderen Seite sei aus klinischer Sicht anzumerken, dass das wegen der Phobien ausgeprägte Vermeidungsverhalten die Beschwerdeführerin deutlich einschränke. Auf Grund der rigiden Coping-Strategien sei davon auszugehen, dass die Flexibilität und Umstellfähigkeit mittelgradig bis schwer beeinträchtigt seien (S. 15 f.). Das Entscheidungs- und Urteilsvermögen wiederum sei mindestens mittelgradig reduziert. Die Durchhaltefähigkeit sei vor allem über längere Zeiträume mittelschwer beeinträchtigt, in guten Phasen dagegen nur leichtgradig. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei auf Grund der herausgebildeten Persönlichkeitszüge in gewissen Kontexten mittelgradig, in anderen leicht beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei auf Grund der Ängste im öffentlichen Raum deutlich beeinträchtigt. Die Verkehrsfähigkeit sei auf Grund der Angstproblematik mittelgradig eingeschränkt. Insgesamt liege die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz 2 bei max. 80 %, in einer Verweistätigkeit, bei der die phobischen Aspekte einschränkend seien, demgegenüber bei bis zu ca. 50 %. Die klinische Symptomatik werde die Anpassungsfähigkeit mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit langfristig beeinträchtigen. Durch die weitere Behandlung lasse sich die Lebensqualität verbessern und das aktuelle Leistungsvermögen aufrechterhalten (S. 16).

4.1.7 Per 1. Januar 2015 erhielt die Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz 2 eine unbefristete Anstellung mit einem Pensum von 50 %. Das Jahresgehalt belief sich auf CHF 26'975.00 (Suva-Nr. 338 S. 2 ff.).

Dr. med. H.____ erklärte am 24. März 2015 (Suva-Nr. 352), der Endzustand sei nunmehr erreicht worden.

Die Dres. I.____ und J.____ hielten in ihrem Bericht vom 24. März 2015 (Suva-Nr. 353 S. 2 f.) fest, die Beschwerdeführerin sei unverändert sehr reizbar, sehr schnell erschöpft, ängstlich und teils schreckhaft. Die Stimmung schwanke nach wie vor zwischen leicht und teilweise mittelgradig depressiv. Mit dem Pensum von 50 % am Arbeitsplatz 2 Stelle stosse die Beschwerdeführerin an ihre Belastungsgrenze. Die zwanghaften Verhaltensweisen wie mehrfaches Abschliessen der Wohnung am Abend seien nicht vollständig verschwunden, aber rückläufig. Auch die Panik-attacken träten nur noch in abgeschwächter Form auf. Die Festanstellung sei eine wirksame Stärkung des Selbstwertgefühls. Eine weitere Verbesserung sei zu erwarten, aber nur sehr langsam. Die Behandlungstermine fänden alle zwei bis vier Wochen statt. Nach wie vor bedürfe es einer hochdosierten antidepressiven und anxiolytischen Medikation. Die Beschwerdeführerin werde auch über 2015 hinaus psychotherapeutische Begleitung und Antidepressiva benötigen.

In ihrem Bericht vom 8. Mai 2015 (Suva-Nr. 363 S. 6 ff.) stellten die Dres. I.____ und J.____ folgende Diagnosen:

·chronifizierte PTBS (F43.1) mit Übergang in eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)

·rezidivierende depressive Störung, überwiegend mittelgradig (F33.0-1) mit somatischen Symptomen.

Der vorliegende Raubüberfall vermöge eine PTBS auszulösen. Einer solchen Belastung katastrophalen Ausmasses könne eine andauernde Persönlichkeitsänderung folgen. Die Beschwerdeführerin erfülle auch diese Definitionskriterien, insbesondere sei keinerlei vorbestehende Vulnerabilität als disponierender Faktor für die anhaltende Gesundheitsschädigung ersichtlich. Erschwerend komme hinzu, dass der Täter nicht nur bewaffnet gewesen sei, sondern die junge Beschwerdeführerin mit einem Messer und mit Worten konkret bedroht habe, so dass sie Todesangst ausgestanden habe. Die früheren Ereignisse, wie die Herzoperation und den Wohnungseinbruch im Jahr 2010, habe die Beschwerdeführerin völlig normal verarbeitet, daraus lasse sich keine Vorbelastung ableiten. Bei der Retraumatisierung stelle allerdings die Prädisposition durch den Raubüberfall einen aggravierenden Faktor dar. Die Beschwerdeführerin sei immer noch auf eine anxiolytische Medikation, hochdosierte Antidepressiva und hochdosierte antidepressiv wirkende Schlafmittel angewiesen. Als Folge des Überfalls und der PTBS habe sich eine schwere rezidivierende depressive Störung entwickelt, die sich unter Medikation und Psychotherapie noch als überwiegend mittelschwer präsentiere. Das grundsätzliche Misstrauen gegenüber fremden Personen und Situationen bestehe weiter. Es sei dringend davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne den Überfall und die Retraumatisierung sehr viel belastbarer und in viel höherem Mass arbeits- und leistungsfähig wäre. Insofern stünden alle diese Diagnosen in direkter Kausalität zu den genannten Ereignissen. Die Arbeitsfähigkeit liege unter den quasi geschützten Bedingungen am Arbeitsplatz 2 (Vertrautheit der Arbeitsstelle, Verständnis der Vorgesetzten, Nähe zur Wohnung) aktuell bei 50 %. Diese Einschränkung bestehe vermutlich seit dem Überfall, wobei man für die Zeit vor Behandlungsbeginn im Herbst 2013 keine konkreten näheren Angaben machen könne. Im Nachhinein dürfe man sicher davon ausgehen, dass die Leistungsfähigkeit seit dem Überfall infolge der PTBS tatsächlich stark eingeschränkt

gewesen sei. Seitdem bestehe mit Ausnahme des Arbeitsplatzes 2 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Bei einer anderen, neuen Arbeitsstelle wäre die Arbeitsfähigkeit nach grosser Wahrscheinlichkeit deutlich tiefer als 50 %, wegen der nach wie vor bestehenden Ängste und dem Misstrauen in unbekanntem Situationen. Auf Grund der langen Krankheitsdauer sei die Prognose nur noch vorsichtig als günstig zu bewerten. Für 2015 sei nicht mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen, dafür bedürfe es erst einer deutlichen Verbesserung der Symptome. Realistischerweise erscheine diese Möglichkeit mit zunehmender Krankheitsdauer kleiner.

Im Bericht vom 21. März 2016 (Suva-Nr. 393) stellten die Dres. I. ___ und J. ___ folgende Diagnosen:

- chronifizierte PTBS
- depressive Entwicklung mit Angstsymptomatik
- dringender Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung.

Man habe die Beschwerdeführerin zuletzt im November 2015 gesehen. Der Gesundheitszustand sei damals unverändert zu den Vorbefunden vom Sommer 2015 gewesen, eher noch verschlechtert. Nach eigenen Angaben sei es ihr «gar nicht gut» gegangen. Um diesen Zustand aushalten zu können, sei zusätzlich zur hochdosierten antidepressiven Therapie die anxiolytische Therapie hochdosiert worden. Die Beschwerdeführerin sei zu diesem Zeitpunkt unter Aufbietung aller Kräfte in der vertrauten und wohlwollenden Umgebung am Arbeitsplatz 2 zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Diese Arbeit stelle offensichtlich eine Ressource dar. Für eine andere Arbeit schätze man die Beschwerdeführerin weiterhin als zu 100 % arbeitsunfähig ein. Die chronische Traumatisierung werde durch folgende Faktoren verschlimmert: Die ausgesprochen lange Dauer des Verfahrens; die Möglichkeit für den Täter, zwischenzeitlich einen weiteren Überfall zu begehen; der Umstand, dass der Täter die Adresse der Beschwerdeführerin kenne und sie ihm in unmittelbarer Nähe ihrer Wohnung begegnet sei; die unverständliche Beendigung der Heilkostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin bei Fortbestehen der eindeutig durch das Trauma ausgelösten Beschwerden.

E. 4.2

4.2.1 Die Prüfung der Adäquanz ist auf den Zeitpunkt des Fallabschlusses hin vorzunehmen (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 144; Urteil des Bundesgerichts 8C_266/2013 vom 4. Juni 2013 E. 3.1), d.h. wenn von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten ist (s. dazu E. II. 2 hiavor).

4.2.2 Gemäss der Stellungnahme von Dr. med. H. ___ vom 14. Dezember 2014 (welche er am 24. März 2015 bekräftigte) ist bei der Beschwerdeführerin von einem gesundheitlichen Endzustand auszugehen. Er begründet dies damit, dass seit rund anderthalb Jahren mehr oder weniger unverändert ein Zustand mit wiederholten depressiven Einbrüchen vorliegt. Dies ist schlüssig und nachvollziehbar, zumal die Beschwerdeführerin in dieser Zeit nicht nur psychotherapeutisch betreut, sondern auch intensiv medikamentös behandelt wurde, ohne dass sich ein durchschlagender und langfristiger Erfolg ergeben hätte. Die Chronifizierung des Zustandes zeigt sich zudem darin, dass sich die Beschwerdeführerin nicht von ihrer dysfunktionalen Fixierung auf eine ausschliessliche Tätigkeit am Arbeitsplatz 2 abbringen liess.

Was die Beschwerdeführerin vorbringt, vermag auch keine geringen Zweifel an der Stellungnahme vom 14. Dezember 2014 zu erwecken:

Dr. med. H.____ ist Facharzt für Psychiatrie und damit kompetent, die psychischen Störungen der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Entgegen ihrer Auffassung ist es nicht zwingend erforderlich, in Fällen wie dem vorliegenden einen Psychiater mit vertiefter fachlicher Qualifizierung in Psychotraumatologie beizuziehen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4). Entscheidend ist vielmehr, ob die psychiatrische Einschätzung inhaltlich überzeugt, was hier der Fall ist.

Aus den Berichten der Dres. I.____. und J.____ ergibt sich nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin, namentlich auch keine Veränderung nach der Stellungnahme von Dr. med. H.____. Diese beiden Ärzte plädieren zwar für eine Fortsetzung der Behandlung. Ihre Prognose zu den Erfolgsaussichten war jedoch in den letzten Berichten, welche nach dem 14. Dezember 2014 ergingen, recht zurückhaltend geworden, indem vorderhand keine höhere Arbeitsfähigkeit erwartet wurde. Dies korrespondiert mit der Aussage von Dr. med. H.____, die weitere Behandlung diene der Verbesserung der Lebensqualität und der Bewahrung des Leistungsvermögens; von einander widersprechenden ärztlichen Feststellungen kann in diesem Sinne keine Rede sein. In ihren Berichten vor dem 14. Dezember 2014 waren die Dres. I.____ und J.____ noch deutlich optimistischer gewesen, was die weitere Entwicklung anging, doch hatten sich diese Hoffnungen jeweils nicht erfüllt. Dies spricht erst recht dafür, dass keine realistischen Aussichten auf eine namhafte gesundheitliche Besserung bestehen. Hinzu kommt, dass ihre Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit widersprüchlich sind. So wird etwa im Bericht vom 8. Mai 2015 zunächst gesagt, für die Zeit vor Behandlungsantritt liessen sich keine konkreten Angaben machen; der gleiche Bericht postuliert dann aber gleichwohl seit dem Überfall eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ausserhalb des Arbeitsplatzes 2, was wenig später auf eine Arbeitsfähigkeit von deutlich unter 50 % relativiert wird (Suva-Nr. 363 S. 9 f. Ziff. 2). Dies macht ebenfalls deutlich, dass die Äusserungen der Dres. I.____ und J.____ mit einer grossen Unsicherheit behaftet sind und daher keinerlei Anlass dazu geben, am Beweiswert der Beurteilung von Dr. med. H.____ zu zweifeln.

4.2.3 Vor diesem Hintergrund kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass mit der Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung eine realistische Aussicht auf Steigerung der Arbeitsfähigkeit besteht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass von einer weiteren Behandlung kein solcher Effekt mehr zu erwarten ist. Die Erhaltung der bestehenden Arbeitsfähigkeit und die Verbesserung der Befindlichkeit der Beschwerdeführerin genügen nicht (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 144). Damit ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin der Fall per 31. Juli 2015 abzuschliessen, d.h. die Heilbehandlung auf dieses Datum hin einzustellen, und der adäquate Kausalzusammenhang zu prüfen.

E. 4.3

4.3.1 Vorab ist festzuhalten, dass die Adäquanzprüfung für die beiden Vorfälle vom 8. Oktober 2011 und 3. Juni 2013 jeweils gesondert vorzunehmen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_168/2011 vom 11. Juli 2011 E. 4.4.2).

4.3.2 Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass es sich beim Überfall vom 8. Oktober 2011, bei dem die Beschwerdeführerin keine körperlichen Verletzungen davontrug, um ein Schreckereignis im Sinne der Rechtsprechung und damit um einen grundsätzlich

Versicherungsleistungen nach UVG auslösenden Unfall handelt. Ob der besagte Vorfall mindestens teilweise natürlich kausal verantwortlich zeichnet für die noch bestehenden psychischen Probleme der Beschwerdeführerin, kann offen bleiben. Die Beschwerdegegnerin macht nämlich zu Recht geltend, dass der Raubüberfall, obwohl ihm eine gewisse Eindringlichkeit nicht abzusprechen ist, keine adäquate Ursache für die psychische Fehlentwicklung darstellt, welche in der Folge bei der Beschwerdeführerin eintrat. Dies zeigt ein Blick auf verschiedene Fälle aus der einschlägigen Bundesgerichtspraxis, in denen die Adäquanz verneint wurde:

Im Urteil 8C_266/2013 vom 4. Juni 2013 ging es um eine Kioskverkäuferin, die hinter dem Verkaufstresen von zwei maskierten Männern bedroht wurde, wobei einer der Täter sie an der Schulter festhielt, im Abstand von ca. 7 bis 10 cm eine Pistole gegen ihre Stirn richtete und «Überfall! Geld her! Kasse!» schrie. Die Versicherte öffnete die Kasse, worauf der zweite Täter das Notengeld entnahm und die beiden Männer aus dem Kiosk flüchteten (E. 3.2.1 f.). Der hiesige Sachverhalt ist von der Schwere des Geschehens her vergleichbar und damit adäquanzmässig gleich zu behandeln: Auch die Beschwerdeführerin wurde mit einer Waffe bedroht, ohne dass diese zum Einsatz gelangte oder es zu Handgreiflichkeiten kam. Der vorliegende Überfall dauerte ebenfalls nur kurze Zeit, und der Täter verliess umgehend den Kiosk, nachdem er seine Beute behändigt hatte. Weder die Beschwerdeführerin noch Drittbeteiligte waren längeren körperlichen und / oder psychischen Strapazen ausgesetzt. Für eine solche Situation ist das Urteil 8C_522/2007 vom 1. September 2008 illustrativ: Dort hielten drei vermummte Männer einer Frau, welche um 3:40 Uhr als erste am Arbeitsplatz erschien, eine Pistole an den Kopf, fesselten sie und schlossen sie in einer Toilette ein, wo sie blieb, bis nach 30 Minuten die Arbeitskollegen eintrafen (E. 4.3.3 f.). Das Bundesgericht hob hervor, das Opfer habe angesichts der Übermacht von drei Männern keinerlei Chance gehabt, sich zu wehren oder zu fliehen. Der Umstand, dass die Täter mit einer Schusswaffe ausgerüstet gewesen seien, habe auf ihre grosse Gefährlichkeit hingedeutet. Das Opfer habe nicht gewusst, was es erwarte, wann gegebenenfalls mit einer Rettung zu rechnen wäre und ob die Sache beim Eintreffen der Kolleginnen eskalieren werde. Während einer halben Stunde habe sie ganz konkret mit einer Vergewaltigung und / oder mit dem Tod gerechnet und angesichts der Umstände auch rechnen müssen. Die Beschwerdeführerin wurde demgegenüber nur von einem einzelnen Täter bedroht und weder gefesselt noch eingesperrt. Der Überfall dauerte nur kurze Zeit, wobei die ganze Situation darauf hindeutete, dass es dem Täter einzig darum ging, Geld zu erbeuten, und er keine sexuelle Gewalt gegenüber der Beschwerdeführerin im Sinn hatte. Diese musste also keine längere Unsicherheit durchstehen, was mit ihr geschehen wird. Der vorliegende Sachverhalt lässt sich also keinesfalls mit der Konstellation im Verfahren 8C_522/2007 vergleichen; wenn sich die Beschwerdeführerin auf diesen Entscheid beruft, so geht dies fehl.

Ebenfalls mit dem vorliegenden Sachverhalt vergleichbar sind die folgenden Entscheide, in denen es an der Adäquanz fehlte: Im Urteil 8C_167/2016 vom 23. Mai 2016 handelte es sich um eine Verkäuferin, die von zwei Männern mit einem Messer bedroht wurde, welche nach kurzer Zeit mit ihrer Beute flohen (lit. A.a + A.b sowie E. 4.2.2). In BGE 129 V 177 sah sich das Opfer, als es um 23:30 Uhr den Betrieb schliessen wollte, unvermittelt einem Mann im schwarzen Motorradhelm mit dunkel getöntem Visier gegenüber, der eine Handfeuerwaffe mit dem Finger am Abzug auf das Opfer richtete und Geld verlangte. Nachdem er dieses erhalten und das Opfer angewiesen hatte, sich auf den Boden zu setzen

und keinen Alarm auszulösen, entfernte sich der Täter (lit. A S. 178).

Im Übrigen hat das Bundesgericht einen adäquaten Kausalzusammenhang auch in Fällen verneint, in denen das Opfer nicht nur mit einer Pistole bedroht wurde, sondern zusätzlich noch mit der Faust bzw. der Pistole Schläge gegen den Kopf erhielt (z.B. Urteil 8C_44/2015 vom 19. Mai 2015 E. 3), also neben der Drohung noch physische Gewalt erdulden musste. Vor diesem Hintergrund entfällt die Adäquanz für den vorliegenden, weniger gravierenden Sachverhalt vom 8. Oktober 2011 erst recht.

Die Beschwerdeschrift zählt diverse Tatumstände auf, welche die Beschwerdegegnerin ausser Acht gelassen haben soll (A.S. 55 f.). Diese Umstände finden sich jedoch teils auch in den Fällen, in denen das Bundesgericht eine Adäquanz verneinte (etwa, dass der Überfall in der Nacht und am gewohnten Arbeitsplatz der Beschwerdeführerin erfolgte, dass diese alleine im Laden war und sich nicht wehren konnte, dass eine massive Drohung ausgesprochen wurde, oder dass der Täter sein Gesicht verhüllte). Die übrigen Umstände wiederum haben das unmittelbare Erleben der Tat durch die Beschwerdeführerin nicht beeinflusst (so die Planung des Überfalls während eines Monats, das zweite, versteckt mitgeführte Messer oder die Bereitschaft des Täters, die Tat auch bei Anwesenheit mehrerer Personen durchzuführen). Nichts davon gibt Anlass dazu, das Schreckereignis vom 8. Oktober 2011 als aussergewöhnlich zu betrachten.

Richtig ist zwar, dass bei der Adäquanzprüfung der psychischen Unfallfolgen eine weite Bandbreite von Versicherten zu berücksichtigen ist (s. E. II. 3.3 hiervor). Daraus ergibt sich aber nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin. Der Überfall vom 8. Oktober 2011 stellt auch unter diesem Blickwinkel kein derart aussergewöhnliches Schreckereignis dar, dass daraus nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung eine (bis zum Einspracheentscheid) länger als vier Jahre andauernde psychische Gesundheitsschädigung samt Arbeitsunfähigkeit resultierte. Namentlich wies die Beschwerdeführerin vor dem 8. Oktober 2011 keine erhöhte Vulnerabilität auf. Dies ergibt sich aus der eindeutigen Feststellung der Dres. I. ___ und J. ___, welche angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin vor dem Überfall nicht in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt war, überzeugend ist.

4.3.3 Was die geltend gemachte Retraumatisierung vom 3. Juni 2013 angeht, so kann offen bleiben, ob es sich hierbei überhaupt um ein Schreckereignis handelt. Dieser Vorfall stellt auf jeden Fall noch weniger als der Überfall vom 8. Oktober 2011 ein ausserordentliches Schreckereignis dar. Laut Bundesgericht lässt auch die Wiederholung eines Schreckereignisses nicht ohne Weiteres auf eine Aussergewöhnlichkeit schliessen. So wurde die Adäquanz verneint bei einer Versicherten, welche mit einem Abstand von 13 Monaten im gleichen Laden überfallen und jeweils mit dem Messer bedroht worden war (Urteil 8C_167/2016 vom 23. Mai 2016 E. 4.2.3) sowie bei einer Versicherten, welche innert zweier Wochen drei Übergriffe des Ehemannes erdulden musste (Urteil 8C_1062/2009 vom 31. August 2010 E. 4.3.2). Diese Sichtweise muss hier umso mehr gelten. Einerseits ereignete sich der Vorfall vom 3. Juni 2013 fast 20 Monate nach dem Überfall vom 8. Oktober 2011, also in deutlich grösserem Abstand als in den zitierten Bundesgerichtsentscheiden. Andererseits ist die Begegnung am 3. Juni 2013 mit dem Täter auf der Strasse keinesfalls mit dem Überfall am Arbeitsplatz zu vergleichen: Der Täter zog hier weder eine Waffe noch sprach er erneut eine Drohung gegen die physische Integrität der Beschwerdeführerin aus; diese war dem Täter zudem nicht ausgeliefert, sondern konnte sich ihm durch Flucht und Verstecken entziehen sowie Freundinnen zur Hilfe rufen. Von

einer eigentlichen Wiederholung des traumatisierenden Ereignisses kann daher nicht gesprochen werden.

Selbst wenn von einem im Zeitpunkt des Vorfalls vom 3. Juni 2013 (noch) labilen psychischen Gleichgewicht ausgegangen würde, könnte nicht von einem derart beeinträchtigten Vorzustand gesprochen werden, der adäquanzrechtlich zwingend eine Fehlverarbeitung des zweiten Vorfalls begründen würde. Die Beschwerdeführerin kehrte nämlich rund einen Monat nach dem Überfall vom 8. Oktober 2011 an den Arbeitsplatz 2 zurück (obwohl auch bei diesem das Risiko eines Überfalls bestand) und war dort durchgehend tätig. Der Situation der Beschwerdeführerin ist durch die Ausrichtung von Versicherungsleistungen während mehr als drei Jahren bereits in ausgeprägtem Masse Rechnung getragen worden (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_266/2013 vom 4. Juni 2013 E. 3.2.2).

4.3.4 Besteht aber per Ende Juli 2015 kein adäquater Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Beschwerden, so entfällt ein weitergehender Leistungsanspruch.

Bei den Taggeldern ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin seit Januar 2015 ein Gehalt von jährlich CHF 26'975.00 (13 x 2'075, Suva-Nr. 338 S. 2 + 4) bezieht. Dieses ist, wie die Beschwerdeführerin nicht bestreitet, höher als der versicherte Verdienst von CHF 23'500 (s. Suva-Nr. 342), weshalb die Taggelder bereits per Ende 2014 einzustellen waren.

4.4 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die Taggelder und die Heilbehandlung zu Recht per 31. Dezember 2014 resp. 31. Juli 2015 eingestellt und den Fall ohne weitere Leistungen abgeschlossen. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist vollumfänglich abzuweisen.

5. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu.

Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

6. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen und keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

E. 6

und 13. Oktober 2014 (Suva-Nr. 305 S. 2 und Nr. 306): Der Gesundungsprozess habe sich verlangsamt, dies u.a. wegen der Angst vor dem Strafprozess, der Unsicherheit einer ganztägigen Anstellung am Arbeitsplatz 2 sowie verschiedener Schicksalsschläge wie dem Jobverlust des Ehemannes. Es liege eine schwere depressive Episode vor. Das Ziel einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis Ende 2014 sei daher zu relativieren. Langfristig sei die Prognose jedoch nach wie vor günstig. · 12. Dezember 2014 (Suva-Nr. 325 S. 2 f.): Die Beschwerdeführerin sei grundsätzlich weiterhin vollständig arbeitsunfähig. Eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % bestehe nur in einem vertrauten, wohlwollenden Rahmen, wie er am Arbeitsplatz 2 geboten werde. Mit Bewerbungen wäre die Beschwerdeführerin derzeit überfordert. Eine sofortige Einstellung des Taggelds würde den Gesundungsprozess bremsen. 4.1.6 Dr. med. H. ___ stellte in seinem Bericht vom 16. Dezember 2014 (Suva-Nr. 327) folgende Diagnosen (S. 12 f.): · sonstige Reaktion auf schwere Belastung (F 43.8) - im Vordergrund stehende Angstsymptomatik mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten (F40.9, nicht näher bezeichnete phobische Störung) - auf der Persönlichkeitsebene im Anschluss an den Unfall Entwicklung von spezifischen, teilweise dysfunktionalen Coping-Mechanismen - differenzialdiagnostisch auf dem Boden akzentuierter Persönlichkeitszüge mit dependenten und narzisstischen Zügen (Z73.1) - differenzialdiagnostisch neurotische Störung mit dependenten und narzisstischen Zügen (F48.9, nicht näher bezeichnete neurotische Störung) - differenzialdiagnostisch störende Persönlichkeitsänderung (F61.1) - mit psychotraumatologischen Symptomen leichtgradiger Ausprägung wie Alpträumen, erhöhter Schreckhaftigkeit und Hypervigilanz - mit affektiven Symptomen wie erhöhter Reizbarkeit und Affektlabilität - differenzialdiagnostisch im Sommer 2012 Kriterien einer PTBS (F43.1) erfüllt - primär im Rahmen des Raubüberfalles vom 8. Oktober 2011; Verlauf mit / moduliert durch - Belastung am Arbeitsplatz, Konflikt mit dem Vorgesetzten - vorbestehende leichte Angstproblematik durch den Wohnungseinbruch - Vorbelastung durch den gewaltsamen Tod des Grossvaters im Rahmen der kriegerischen Auseinandersetzungen im Kosovo - Einbruchdiebstahl in der Wohnung vor drei Jahren mit passagerer ängstlicher Symptomatik und Wohnungswechsel - passagere ängstliche Symptomatik im Rahmen des Verschlusses eines Foramen ovale im Februar 2011 · Status nach akuter Belastungsreaktion im Rahmen des Überfalles (F43.0) · schädlicher Low dose-Gebrauch von Zolpidem (F13.1) Die Beschwerdeführerin habe nach dem Überfall nachvollziehbar eine kurze akute Belastungsreaktion entwickelt. Im weiteren Verlauf seien die verschiedenen psychotraumatologischen Symptome als Anpassungsstörung klassifiziert worden. Die seit 2010 bestehende Angstsymptomatik habe vor dem Überfall nie zu einer Arbeitsunfähigkeit oder zu einem klinisch relevanten dysfunktionalen Verhaltensmuster geführt. Die psychotraumatologische Symptomatik sei initial nach dem Überfall stärker ausgeprägt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe affektive Symptome mit depressiven Einbrüchen und eine Angstproblematik entwickelt. Letztere sei im weiteren Verlauf für die Alltagsbewältigung immer relevanter geworden und werde deshalb neu gesondert als phobische Störung festgehalten. Differenzialdiagnostisch erreiche die Symptomatik immer wieder das Ausmass einer PTBS, doch würde das Ereignis nicht bei nahezu jedem eine

tiefgreifende Verzweiflung auslösen (S. 13). Die Beschwerdeführerin habe die Arbeit wieder mit einem vollen Pensum aufgenommen. Die Alpträume und Wiedererinnerungen seien deutlich zurückgegangen und störten nur noch marginal. Das Vermeiden beziehe sich vor allem auf die Angstsymptomatik; ein klassisches Vermeidungsverhalten bestehe nicht, weil die Beschwerdeführerin sonst an einem Arbeitsplatz mit erhöhtem Risiko für Raubüberfälle nicht arbeitsfähig wäre. Im Rahmen der Anpassungsstörungen lägen Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung vor, u.a. mit einer gewissen Hypervigilanz. Erhöht schreckhaft sei die Beschwerdeführerin nicht. Insgesamt liessen sich die Symptome besser im Rahmen der phobischen Störung subsumieren. Unter Belastung komme es phasenweise zu depressiven Symptomen, die teilweise eine mittelgradige Ausprägung erreichten. In der heutigen Untersuchung sei die Beschwerdeführerin zwar beim Ansprechen belastender Themen teilweise affektlabil und depressiv herabgestimmt gewesen, insgesamt aber gut schwingungsfähig und in den meisten Gesprächssituationen euthym. Im Gegensatz zur ersten Untersuchung sei die Persönlichkeitsebene differenzierter zu diskutieren. Im dreijährigen Verlauf habe sich die Beschwerdeführerin in einer schwer nachvollziehbaren Weise auf den Arbeitsplatz 2 fixiert (S. 14). Medizinisch könne auf der Symptomebene der Anpassungsstörung davon ausgegangen werden, dass ein Endzustand erreicht sei. Die Symptomatik mit den schwankenden depressiven Einbrüchen sei seit 18 Monaten konstant, dies trotz Psychopharmaka und Psychotherapie. Auf der Arbeitsebene traue sich die Beschwerdeführerin einerseits zu, heute mit 50 % fest am Arbeitsplatz 2 zu arbeiten und das Pensum bis zum Frühling auf 80 % zu steigern. Dies entspreche auch der Arbeitsleistung, die sie früher nach dem Überfall wieder erreicht habe. Auf der anderen Seite sei aus klinischer Sicht anzumerken, dass das wegen der Phobien ausgeprägte Vermeidungsverhalten die Beschwerdeführerin deutlich einschränke. Auf Grund der rigiden Coping-Strategien sei davon auszugehen, dass die Flexibilität und Umstellfähigkeit mittelgradig bis schwer beeinträchtigt seien (S. 15 f.). Das Entscheidungs- und Urteilsvermögen wiederum sei mindestens mittelgradig reduziert. Die Durchhaltefähigkeit sei vor allem über längere Zeiträume mittelschwer beeinträchtigt, in guten Phasen dagegen nur leichtgradig. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei auf Grund der herausgebildeten Persönlichkeitszüge in gewissen Kontexten mittelgradig, in anderen leicht beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei auf Grund der Ängste im öffentlichen Raum deutlich beeinträchtigt. Die Verkehrsfähigkeit sei auf Grund der Angstproblematik mittelgradig eingeschränkt. Insgesamt liege die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz 2 bei max. 80 %, in einer Verweistätigkeit, bei der die phobischen Aspekte einschränkend seien, demgegenüber bei bis zu ca. 50 %. Die klinische Symptomatik werde die Anpassungsfähigkeit mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit langfristig beeinträchtigen. Durch die weitere Behandlung lasse sich die Lebensqualität verbessern und das aktuelle Leistungsvermögen aufrechterhalten (S. 16).

4.1.7 Per 1. Januar 2015 erhielt die Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz 2 eine unbefristete Anstellung mit einem Pensum von 50 %. Das Jahresgehalt belief sich auf CHF 26'975.00 (Suva-Nr. 338 S. 2 ff.). Dr. med. H.____ erklärte am 24. März 2015 (Suva-Nr. 352), der Endzustand sei nunmehr erreicht worden. Die Dres. I.____ und J.____ hielten in ihrem Bericht vom 24. März 2015 (Suva-Nr. 353 S. 2 f.) fest, die Beschwerdeführerin sei unverändert sehr reizbar, sehr schnell erschöpft, ängstlich und teils schreckhaft. Die Stimmung schwanke nach wie vor zwischen leicht und teilweise mittelgradig depressiv. Mit dem Pensum von 50 % am Arbeitsplatz 2 Stelle stosse die Beschwerdeführerin an ihre Belastungsgrenze. Die zwanghaften Verhaltensweisen wie mehrfaches Abschliessen der

Wohnung am Abend seien nicht vollständig verschwunden, aber rückläufig. Auch die Panik-attacken träten nur noch in abgeschwächter Form auf. Die Festanstellung sei eine wirksame Stärkung des Selbstwertgefühls. Eine weitere Verbesserung sei zu erwarten, aber nur sehr langsam. Die Behandlungstermine fänden alle zwei bis vier Wochen statt. Nach wie vor bedürfe es einer hochdosierten antidepressiven und anxiolytischen Medikation. Die Beschwerdeführerin werde auch über 2015 hinaus psychotherapeutische Begleitung und Antidepressiva benötigen. In ihrem Bericht vom 8. Mai 2015 (Suva-Nr. 363 S. 6 ff.) stellten die Dres. I.____ und J.____ folgende Diagnosen: · chronifizierte PTBS (F43.1) mit Übergang in eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) · rezidivierende depressive Störung, überwiegend mittelgradig (F33.0-1) mit somatischen Symptomen. Der vorliegende Raubüberfall vermöge eine PTBS auszulösen. Einer solchen Belastung katastrophalen Ausmasses könne eine andauernde Persönlichkeitsänderung folgen. Die Beschwerdeführerin erfülle auch diese Definitionskriterien, insbesondere sei keinerlei vorbestehende Vulnerabilität als disponierender Faktor für die anhaltende Gesundheitsschädigung ersichtlich. Erschwerend komme hinzu, dass der Täter nicht nur bewaffnet gewesen sei, sondern die junge Beschwerdeführerin mit einem Messer und mit Worten konkret bedroht habe, so dass sie Todesangst ausgestanden habe. Die früheren Ereignisse, wie die Herzoperation und den Wohnungseinbruch im Jahr 2010, habe die Beschwerdeführerin völlig normal verarbeitet, daraus lasse sich keine Vorbelastung ableiten. Bei der Retraumatisierung stelle allerdings die Prädisposition durch den Raubüberfall einen aggravierenden Faktor dar. Die Beschwerdeführerin sei immer noch auf eine anxiolytische Medikation, hochdosierte Antidepressiva und hochdosierte antidepressiv wirkende Schlafmittel angewiesen. Als Folge des Überfalls und der PTBS habe sich eine schwere rezidivierende depressive Störung entwickelt, die sich unter Medikation und Psychotherapie noch als überwiegend mittelschwer präsentiere. Das grundsätzliche Misstrauen gegenüber fremden Personen und Situationen bestehe weiter. Es sei dringend davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne den Überfall und die Retraumatisierung sehr viel belastbarer und in viel höherem Mass arbeits- und leistungsfähig wäre. Insofern stünden alle diese Diagnosen in direkter Kausalität zu den genannten Ereignissen. Die Arbeitsfähigkeit liege unter den quasi geschützten Bedingungen am Arbeitsplatz 2 (Vertrautheit der Arbeitsstelle, Verständnis der Vorgesetzten, Nähe zur Wohnung) aktuell bei 50 %. Diese Einschränkung bestehe vermutlich seit dem Überfall, wobei man für die Zeit vor Behandlungsbeginn im Herbst 2013 keine konkreten näheren Angaben machen könne. Im Nachhinein dürfe man sicher davon ausgehen, dass die Leistungsfähigkeit seit dem Überfall infolge der PTBS tatsächlich stark eingeschränkt gewesen sei. Seitdem bestehe mit Ausnahme des Arbeitsplatzes 2 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Bei einer anderen, neuen Arbeitsstelle wäre die Arbeitsfähigkeit nach grosser Wahrscheinlichkeit deutlich tiefer als 50 %, wegen der nach wie vor bestehenden Ängste und dem Misstrauen in unbekanntem Situationen. Auf Grund der langen Krankheitsdauer sei die Prognose nur noch vorsichtig als günstig zu bewerten. Für 2015 sei nicht mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen, dafür bedürfe es erst einer deutlichen Verbesserung der Symptome. Realistischerweise erscheine diese Möglichkeit mit zunehmender Krankheitsdauer kleiner. Im Bericht vom 21. März 2016 (Suva-Nr. 393) stellten die Dres. I.____ und J.____ folgende Diagnosen: · chronifizierte PTBS · depressive Entwicklung mit Angstsymptomatik · dringender Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Man habe die Beschwerdeführerin zuletzt im November 2015 gesehen. Der Gesundheitszustand sei damals unverändert zu den

Vorbefunden vom Sommer 2015 gewesen, eher noch verschlechtert. Nach eigenen Angaben sei es ihr «gar nicht gut» gegangen. Um diesen Zustand aushalten zu können, sei zusätzlich zur hochdosierten antidepressiven Therapie die anxiolytische Therapie hochdosiert worden. Die Beschwerdeführerin sei zu diesem Zeitpunkt unter Aufbietung aller Kräfte in der vertrauten und wohlwollenden Umgebung am Arbeitsplatz 2 zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Diese Arbeit stelle offensichtlich eine Ressource dar. Für eine andere Arbeit schätze man die Beschwerdeführerin weiterhin als zu 100 % arbeitsunfähig ein. Die chronische Traumatisierung werde durch folgende Faktoren verschlimmert: Die ausgesprochen lange Dauer des Verfahrens; die Möglichkeit für den Täter, zwischenzeitlich einen weiteren Überfall zu begehen; der Umstand, dass der Täter die Adresse der Beschwerdeführerin kenne und sie ihm in unmittelbarer Nähe ihrer Wohnung begegnet sei; die unverständliche Beendigung der Heilkostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin bei Fortbestehen der eindeutig durch das Trauma ausgelösten Beschwerden.

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