

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00243 vom 27. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00243

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00243 du 27 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00243 del 27 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

1.1???? X.____, geboren 1958, war seit 1. November 2002 bei der S.____ angestellt und damit bei der Unfallversicherung Stadt Z?rich gegen Unf?lle versichert. Am 24. November 2004 wurde sie von ihrem damaligen Ehemann geschlagen, gefesselt und unter Drohungen - unter anderem, sie werde an diesem Tag sterben - zum Einsteigen in ein Fahrzeug gezwungen und wahllos in der Gegend herumgef?hrt; sp?ter gelangte sie wieder zu Hause an (Unfallmeldung vom 17. Dezember 2004 [Urk. G9/1] und Polizeirapport vom 10. Januar 2005 [Urk. G9/9 Beilage S. 4]). Dabei erlitt sie multiple H?matome und Sch?rfwunden (Bericht des am 26. November 2004 erstbehandelnden Dr. med. Y.____ vom 19. Juni 2007, Urk. 10/M22). In der Folge bildete sich eine posttraumatische Belastungsst?rung aus (Gutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt FMH f?r Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, vom 8. September 2005 [Urk. 10/M10 S. 4 Ziff. 4] und Gutachten der ?rzte des Spital Q.____ vom 30. Juli 2007 [Urk. 10/M26 S. 25 Ziff. 4.1]).

1.2???? Die Unfallversicherung Stadt Z?rich kam f?r die Kosten der Heilbehandlung auf und erbrachte Taggeldleistungen, anf?nglich basierend auf einer vollumf?nglichen Arbeitsunf?higkeit, sp?ter auf einer 60%igen (Urk. 2 S. 1 und Urk. 9/G107 Beilage). Nach Einholung eines Gutachtens bei Dr. med. A.____ (datierend vom 12. Februar 2010 [Urk. 10/M34] samt Stellungnahme vom 23. Dezember 2010 [Urk. 10/M38]) stellte die Unfallversicherung Stadt Z?rich ihre Leistungen mit Verf?gung vom 17. Januar 2011 (Urk. 9/G127) per 31. Dezember 2010 mangels Kausalit?t ein. Die dagegen am 3. M?rz 2011 (Urk. 9/G134) erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 20. Juli 2011 (Urk. 2) ab.

2.????? Gegen den Einspracheentscheid vom 20. Juli 2011 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 12. September 2011 (Urk. 1) Beschwerde mit den folgenden Antr?gen (S. 2):

?1.? Es sei der Einsprache-Entscheid vom 20. Juli 2011 und die zugrunde liegende Verf?gung vom 17. Januar 2011 aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdef?hrerin die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu erbringen, insbesondere seien die Taggeldleistungen und die Heilbehandlungskosten zu ?bernehmen. Vorbehalten bleibt die Pr?fung der Rentenanspr?che nach Erreichen des Endzustandes.

E. 2

2.1???? Dr. Z.____ f?hrte in seinem Gutachten vom 8. September 2005 (Urk. 10/M10) aus, die Beschwerdef?hrerin sei beim fraglichen Ereignis einer massiven psychischen Bedrohungslage ausgesetzt gewesen. Mit ihrem Selbsterhaltungstrieb und ihrer Feinf?hligkeit habe sie sich aus dieser schwierigen Situation l?sen und so m?glicherweise dem Tode entgehen k?nnen. Seither leide sie einerseits unter k?rperlichen Symptomen

(chronischer Durchfall) sowie insbesondere psychischen Zeichen wie erhöhter Schreckhaftigkeit, erhöhter Reizbarkeit, Angststörungen und Schlafstörungen. Er diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung unter dem Hinweis, dass sich die Symptome häufig erst Wochen bis Monate nach dem psychischen Trauma entwickelten, und attestierte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 f.).

2.2.2.2 Die begutachtenden Ärzte des Spital Q. ___ diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 30. Juli 2007 (Urk. 10/M26) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung, Panikattacken sowie eine somatoforme autonome Funktionsstörung (Diarrhoe, Herzrasen und Kreislaufdysregulation, Ziff. 4.1). Sie attestierten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (bezogen auf jede Tätigkeit) und hielten fest, dass die Fortsetzung der bisherigen ambulanten Therapie binnen zweier Jahre nicht nur eine weitere Stabilisierung des psychischen Zustandes, sondern auch eine höhere Arbeitsfähigkeit verspreche (S. 27 unten).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 22. Juni 2007 (Urk. 10/M23) wurden die Auffälligkeiten im psychischen Befund wie folgt geschildert: fragiles Ich-Bewusstsein, vermindertes Selbstwertgefühl, Insuffizienzerleben, Scham- und Schuldgefühle, wechselhafte Willens- und Antriebsbildung, Anspannung, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, hilfeschender Eindruck, Angsteffekt (S. 3). Die Gutachterin führte aus, seit dem traumatischen Ereignis leide die Beschwerdeführerin an ausgeprägten Schlafstörungen mit nächtlichen Ängsten und Alpträumen sowie Schlafunterbrechungen. Ferner beständen Panikattacken mit vegetativen Entgleisungen wie Herzrasen, Klossgefühl im Hals, Erstickengefühl, Engegefühl in Brust-, Hals- und Herzraum, wiederholte Durchfälle, teilweise mit Unvermögen, den Stuhl zu kontrollieren (ohne organopathologisches Substrat), wiederholtes Zittern, wiederholt auftauchende Bilder vom traumatischen Erlebnis, verminderte Belastbarkeit, vorschnelle Erschöpfbarkeit, ohne Medikation „Ausrasten“ bei konflikthaften interpersonalen Begegnungen, ständige Gefühle von Angst und Sinnlosigkeit des Lebens, insbesondere bei den gehäuften gerichtlichen und finanziellen Auseinandersetzungen mit dem Ehemann (S. 4).

E. 2.3

2.3.1 Dr. med. A. ___ berichtete in seinem Gutachten vom 12. Februar 2010 (Urk. 10/M34) über die Untersuchung vom 10. Dezember 2009 (S. 1). Er schilderte die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 8), welche aktuell zwischen Hölle und Paradies lebe, mit einer Rasierklinge in der Mitte. Sie habe indes keine Angst mehr vor dem Tod, da sie dann keine Ängste mehr haben müsse. Sie habe sich mittlerweile zu 80 % im Griff, erlebe sich aber weiterhin als Opfer eines Psychopathen.

Zu Tagesbeginn leide sie zunächst unter Müdigkeit und Schmerzen überall, vor allem in der kalten Jahreszeit bei der Arbeit. Es beständen Angstzustände in überfüllten Trams. Sie habe dann Schweissausbrüche und befürchte, von hinten gewürgt zu werden. Dies sei auch der Fall, wenn jemand hinter ihr laufe. Sie habe ferner Ängste in geschlossenen Räumen. Ängste entstünden auch, wenn andere Weiber in der Nähe quatschen sowie in der Dunkelheit. Die Ängste äusserten sich in Form von körperlichen Beschwerden. Alle geschilderten Symptome seien einzig auf das fragliche Ereignis zurückzuführen. Sie müsse sich andauernd zusammenreissen, und ohne Hilfe könne sie dies nicht überstehen.

??????? Auf die Frage, ob sie sich psychisch krank fühle, - so Dr. A.____ weiter - habe die Beschwerdeführerin gemeint, dass sie viele Ungerechtigkeiten erfahren habe, und sich dabei als Opfer immer wieder geopfert habe. Es beständen fast wahnhafteste Ängste bei der Vorstellung, dass ihr Ex-Mann nicht konkret von den Behörden kontrolliert werde. Sie leide unter einer posttraumatischen Belastungsstörung, die immer schlimmer werde.

??????? Die aktuelle psychotherapeutische Behandlung verändere laut Angaben der Beschwerdeführerin (S. 9) nicht viel. Sie gehe davon aus, dass diese in zwei Jahren abgeschlossen sei. Immerhin sei sie sich bewusst geworden, wie ungerecht das Leben sein könne. Sie gehe ein- bis zweimal pro Woche in die Psychotherapie (mit Pausen während 13 Wochen pro Jahr). Nach der Psychotherapie sei sie jeweils müde und müde, könne nicht mehr arbeiten und benötige drei bis vier Temesta-Tabletten (Tranquillizer).

2.3.2?? Dr. A.____ erwähnte eine adäquate emotionale Distanz der Beschwerdeführerin während den Schilderungen bei fließender Sprache und überschwänglichen Ausführungen, wobei sie öfters gebremst und strukturiert habe werden müssen. Es seien keine für eine posttraumatische Belastungsstörung typischen Symptome (wie eingeschränkter Affektspielraum, Entfremdungsgefühle, Flashbacks, Intrusionen, Hyperarousals oder Gleichgültigkeit) erkennbar. Die Schilderungen der Beschwerdeführerin deuteten vielmehr auf einen guten affektiven Rapport und eine gute emotionale Spannkraft hin. Die Art, wie sie über ihr Leben und das Geschehene berichte, deute klar auf einen erfolgreichen Trauma-Bewältigungs-Prozess hin, was nicht im Widerspruch zu den genannten situativen Ängsten stehen müsse. Auffällig sei das ausgesprochen klagende Verhalten bei gleichzeitig recht diffusen und widersprüchlichen Angaben. Während der Untersuchung seien keine kognitiven Einschränkungen zu beobachten gewesen. Es bestehe keine Ängstlichkeit oder Agitiertheit. Der formale Gedankengang sei weitschweifig, ansonsten kohärent. Es fanden sich keine Hinweise für Störungen im inhaltlichen Denken, insbesondere keine Wahnhaftigkeit, keine Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen. Stimmungsmässig erscheine die Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchung ernsthaft, aber ausgeglichen (S. 10).

2.3.3?? Der Gutachter wies auf eine Chronifizierungsentwicklung im Sinne eines maladaptiven Syndroms nach posttraumatischer Belastungsstörung hin und schloss das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung mangels Erfüllens der notwendigen Kriterien aus. Er diagnostizierte einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F.43.1) sowie situativ phobische Ängste im Sinne von spezifischen Phobien (ICD-10 F40.2, S. 12) und hielt fest, der Übergang von der ursprünglichen posttraumatischen psychischen Störung in den vorliegend chronifizierten Zustand sei fließend. Der Zeitpunkt, ab wann nur noch eine unfallfremde Chronifizierungsproblematik bestanden habe, lasse sich nicht genau bestimmen. Die Chronifizierung sei als selbstunterhaltendes Störungsbild zu verstehen, welches durch verschiedene Faktoren (sekundärer Krankheitsgewinn, versicherungstechnische Belange, juristische Auseinandersetzungen, therapeutische Haltung und Dynamik) moduliert werde (S. 11 f.).

2.3.4?? Dr. A.____ folgerte, die aktuelle Problematik sei weder auf das Ereignis vom 24. November 2004 noch auf zuvor erlebte Gewalterfahrungen durch den Ehemann zurückzuführen. Es handle sich um eine maladaptive Entwicklung im Sinne einer Chronifizierung. Die verschiedenen, schweren Traumata (insbesondere jenes vom 24. November 2004), welches die Beschwerdeführerin in ihrer Ehe bis Ende 2004 erlebt habe, hätten ursprünglich zu einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt (S. 13).

??????? Der Gutachter attestierte eine vollumf?ngliche Arbeitsf?higkeit unter Hinweis auf die Dunkel-Phobie, weswegen er von Eins?tzen auf offener Strasse in Dunkelheit abriet (S. 13). Aufgrund der Chronifizierungsproblematik (Selbstlimitation) empfahl er eine stufenweise Erh?hung des Pensums zwecks Verringerung von Rehabilitations?ngsten und Steigerung des Selbstvertrauens innerhalb von sechs Monaten (S. 14).

2.4???? Im Bericht vom 31. August 2011 (Urk. 3/6) zu H?nden der Rechtsvertreterin der Beschwerdef?hrerin f?hrte Psychoanalytiker B.____ aus, letztere stehe seit Februar 2005 in seiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Angesichts der massiven posttraumatischen Belastungsst?rung, die zun?chst zu schwersten depressiven Symptomen (bis hin zu ernsthaften Suizidabsichten), schweren Angstzust?nden und multiplen Somatisierungen (insbesondere t?glich h?ufige w?sserige Stuhlentleerungen) gef?hrt h?tten, habe er ein intensives Behandlungssetting einsetzen m?ssen. Er habe die psychiatrische Behandlung und die Medikamentenabgabe pers?nlich ?bernommen, indem er die Beschwerdef?hrerin in monatlichen Abst?nden kontrolliert habe. Die psychotherapeutische Behandlung habe er seiner Mitarbeiterin delegiert. Unter dieser kombinierten Therapie sei es zun?chst zu einem R?ckgang der Angstanf?lle und der entsprechenden Somatisierungen gekommen, ferner habe sich die Depressivit?t mit der Zeit leicht aufgehellt. Der Erfolg der therapeutischen Massnahmen lasse sich an der Verbesserung der Arbeitsf?higkeit ablesen. So habe die zun?chst v?llig arbeitsunf?hige Frau mit der Zeit ihr Arbeitspensum bis auf 40 % erh?hen k?nnen. Sowohl die Psychotherapeutin als auch er selber h?tten stets den gesunden Teil der Pers?nlichkeit der Beschwerdef?hrerin unterst?tzt, ihren Arbeits- und Lebenswillen gef?rdert, darunter auch ihre Beziehungsf?higkeit. Sie h?tten die Beschwerdef?hrerin auch entlang ihrer verschiedenen Gerichtsverfahren mit ihrer traumatischen Wirkung begleitet und sie vor der Verfolgung durch den brutalen Ex-Mann nach M?glichkeit gesch?tzt. Sie h?tten in diesem Zusammenhang auch immer wieder R?ckf?lle der erw?hnten schweren Symptomatik aufgefangen und so dazu beigetragen, ihre Arbeitsf?higkeit zu erhalten.

??????? Leider sei es trotz einem hervorragenden Arbeitsb?ndnis nicht m?glich gewesen, die Fixierung der Beschwerdef?hrerin auf das Unfallereignis zu l?sen, so dass sich die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsst?rung bis heute aufrechterhalten lasse, wobei insofern eine Chronifizierung entstanden sei, als aus der Belastungsst?rung auch eine Pers?nlichkeitsst?rung hervorgegangen sei. Trotz dieser Chronifizierung sei eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes in ihren erhaltenen gesunden Pers?nlichkeitsanteilen m?glich.

E. 3

3.1???? Aufgrund der medizinischen Akten ergibt sich, dass bei der Beschwerdef?hrerin im Anschluss an die Entf?hrung vom 24. November 2004 eine posttraumatische Belastungsst?rung auftrat. Die Beschwerdegegnerin kam in der Folge f?r die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) auf, ohne sich detailliert mit Kausalit?tsfragen auseinander zu setzen.

3.2???? Bei der gestellten Diagnose handelt es sich - bei Fehlen relevanter organischer Verletzungen anl?sslich des Vorfalls - um die Folgen der als Schreckereignis im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizierenden Abl?ufe (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 359). Dass die Beschwerdegegnerin ihre urspr?nglichen Leistungen nicht explizit unter diesem Titel erbracht hat, ?ndert nichts daran.

3.3???? Insoweit die Beschwerdegegnerin damit die Kausalit?t der psychischen Beschwerden mit dem Ereignis vom 24. November 2004 (zu Recht) anerkannt hat, trifft sie die Beweislast der nunmehrigen Verneinung derselben.

???????? Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht ab 31. Dezember 2010 mit verschiedenen (Teil-)Begr?ndungen. So ging sie nicht vom Wegfall der Kausalit?t der posttraumatischen Belastungsst?rung mit dem Entf?hrungsereignis aus, sondern schloss vielmehr auf eine Besserung des Gesundheitszustandes sowie den Wegfall der posttraumatischen Symptome. Stattdessen st?tzte sich auf die neu gestellte Diagnose einer Chronifizierungsproblematik im Sinne einer maladaptiven Entwicklung und verneinte die diesbez?gliche Kausalit?t (Urk. 2 S. 6 oben).

3.4???? Die Beschwerdef?hrerin ihrerseits bem?ngelte vorweg das Gutachten von Dr. A.____ und schloss auf einen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 24. November 2004 und dem eingetretenen Schaden (Urk. 1 S. 27).

E. 4.1

4.1.1?? Vorwegzuschicken ist, dass das Gutachten von Dr. A.____ den praxisgem?ssen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumf?nglich entspricht. So ist es f?r die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die vorliegend relevante Frage nach der Kausalit?t der verbleibenden Beschwerden. Es beruht sodann auf den notwendigen, allseitigen Untersuchungen, ber?cksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenh?nge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen in der Expertise erscheinen begr?ndet (vgl. zum Ganzen: BGE 125 V 351 E. 3a).

4.1.2?? In diesem Sinne legte Dr. A.____ in nachvollziehbarer Weise dar, dass die ?usserungen der Beschwerdef?hrerin auf einen erfolgreichen Trauma-Bew?rtigungs-Prozess hindeuteten und die erhobenen Befunde nicht mehr auf eine posttraumatische Belastungsst?rung schliessen liessen. Angesichts der fehlenden typischen Symptome und der ad?quaten Schilderungen der Beschwerdef?hrerin besteht keine Veranlassung, diese Folgerungen in Zweifel zu ziehen.

???????? Bereits im Gutachten des Spital Q.____ vom 30. Juli 2007, aufgrund dessen die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen erbracht hatte, wurden eine Stabilisierung des psychischen Zustandes und eine Steigerung der Arbeitsf?higkeit (von damals 50 %) prognostiziert. Die von Dr. A.____ festgestellte Verbesserung steht damit im Einklang mit der Prognose der ?rzte des Spital Q.____ und ist in objektiver Hinsicht erkennbar: Nachdem im Jahr 2007 multiple Auff?lligkeiten dokumentiert worden waren (E. 2.2), klagte die Beschwerdef?hrerin anl?sslich der Untersuchung im Dezember 2009 im Wesentlichen noch ?ber ?ngste in ?berf?llten Trams, geschlossenen R?umen und in der Dunkelheit (E. 2.3.1). Die im Jahr 2007 geklagten mannigfaltigen Beschwerden wurden nicht mehr erw?hnt.

4.1.3?? Ebenso schl?ssig erscheint die von Dr. A.____ neu gestellte Diagnose eines Status nach posttraumatischer Belastungsst?rung sowie situativ phobische ?ngste im Sinne von spezifischen Phobien; dies im Rahmen einer maladaptiven Entwicklung im Sinne einer Chronifizierung (E. 2.3.3). Rechtsprechungsgem?ss ist die gestellte Diagnose wohl von untergeordneter Bedeutung und ist entscheidend, inwieweit eine versicherte Person durch einen Unfall (oder in anderen Versicherungszweigen durch eine Krankheit) eingeschr?nkt beziehungsweise behandlungsbed?rftig ist. In diesem Sinne kann aus der ver?nderten

Diagnosestellung an sich noch nicht auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes geschlossen werden. Dr. A.____ legte indes detailliert dar, wie er zu seiner abweichenden Diagnose kam und aus welchen Gründen aktuell keine posttraumatische Belastungsstörung mehr vorliegt, sondern nurmehr ein Status danach. In gleich nachvollziehbarer Weise zeigte er auf, dass diese maladaptive Entwicklung ihren Ursprung nicht im Entföhrungsereignis hat.

4.1.4?? Zusammenfassend steht damit fest, dass nurmehr ein Status nach posttraumatischer Belastungsstörung vorliegt, welcher ebenso wenig relevante Auswirkungen auf die Arbeitsföhgigkeit hat wie die spezifischen Phobien. Ein Zusammenhang zwischen der Entföhrung und der maladaptiven Entwicklung ist nicht zu ersehen.

4.2???? Die Einschötzung des Psychoanalytikers B.____ (E. 2.4) vermag an diesem Ergebnis nichts zu öndern. Soweit er einen massiv pathologischen Zustand unmittelbar nach dem Ereignis sowie eine Besserung unter psychotherapeutischer Behandlung schilderte, entspricht dies exakt der gutachterlichen Einschötzung. Die abweichenden Aspekte (Unmöglichkeit der Lösung der Fixierung der Beschwerdeföhrerin auf das Unfallereignis, Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bis heute mit Chronifizierung sowie Persönlichkeitsstörung) sind derart pauschal geschildert, dass sie die begründete Einschötzung des Gutachters nicht umstossen können. Psychoanalytiker B.____ liess jegliche Befundschilderung vermissen und legte auch nicht dar, inwiefern die Kriterien für die Annahme einer Persönlichkeitsstörung gegeben sein sollten. Sodann finden sich keinerlei hinterfragende Überlegungen, wie sie Dr. A.____ beispielsweise in dem Sinne angestellt hat, dass die Beschwerdeföhrerin einem den Symptomen besser angepassten Arbeitsplatz im Innendienst skeptisch gegenüber steht (Urk. 10/M38 S. 4 unten).

???????? Sodann ist zu beachten, dass sich die behandelnden Fachleute in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Deren Berichte verfolgen nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die von der Rechtsprechung aufgestellten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Sodann ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Dies gilt für den Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, die geklagten Beschwerden zunächst bedingungslos zu akzeptieren (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil vom 20. März 2006, I 655/05 E. 5.4 mit Hinweisen). Dadurch lösst sich allenfalls teilweise die Diskrepanz zwischen den Einschötzungen des Gutachters einerseits und derjenigen von Psychoanalytiker B.____ andererseits erklären.

4.3???? Die Beschwerdeföhrerin kritisierte ihrerseits das psychiatrische Gutachten in mehrfacher Hinsicht.

???????? So monierte sie vorweg, dieses sei nicht in Kenntnis der gesamten Vorakten abgegeben worden (Urk. 1 S. 11 f.). Dr. A.____ hielt zu diesem (bereits im Verwaltungsverfahren gemachten) Vorhalt fest, es hätten ihm sämtliche von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Akten vorgelegen. Die Beschwerdegegnerin selber bestätigte in ihrer Beschwerdeantwort vom 14. November 2011 (Urk. 8), dass auch im vorliegenden Fall dem Gutachter sämtliche Akten zur Verfügung gestellt worden seien.

???????? Inwiefern eine mangelnde Auseinandersetzung mit den Vorakten erfolgt sein soll, ist sodann nicht ersichtlich. Es ist grundsätzlich Sache des Gutachters, die ihm notwendig erscheinenden Zusammenhänge aufzuzeigen und hierzu Vorakten zu erwähen. In seiner Ergänzung vom 23. Dezember 2010 (Urk. 10/M38) legte Dr. A.____ sodann begründet dar, weshalb er auf eine detaillierte Auseinandersetzung mit den von der Beschwerdeführerin erwähten medizinischen Einschätzungen (zur Hauptsache das MEDAS-Gutachten vom 30. Juli 2007) verzichtet hat. Angesichts der Zeitspanne von zweieinhalb Jahren seit Erstellung des MEDAS-Gutachtens kann jedenfalls kein Mangel entdeckt werden, zumal Dr. A.____ ja einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (Hauptdiagnose im fraglichen MEDAS-Gutachten) diagnostizierte und für das vorliegende Verfahren nicht von Relevanz ist, wann genau der Übergang eingetreten ist.

???????? Die von der Beschwerdeführerin kritisierten Auszüge aus dem Gutachten betreffend Wiedergabe und Kommentierung von Vorberichten (Urk. 1 S. 12 ff.) vermögen den Beweiswert der Expertise ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Eigentliche Fehler finden sich darin nicht und der Umstand, dass die Beschwerdeführerin gewisse Umstände anders gewichtet oder formuliert hätte, ist nicht relevant.

???????? Auch die weiteren Vorhalte betreffend Formulierungen (Urk. 1 S. 15 ff.) sind nicht geeignet, Ungereimtheiten im Gutachten darzulegen. Sie belegen keine Fehler und beinhalten teilweise medizinische Argumentationen (so unter anderem Urk. 1 S. 16 2. Punkt und Urk. 1 S. 19 ff.), welche von vornherein nicht geeignet sind, die Expertise in Zweifel zu ziehen.

???????? Damit erweist sich die zusammenfassende Kritik, das Gutachten sei nicht vollständig und rechtsgenügend, weil auf massgebende medizinische Vorakten nicht eingegangen worden sei und entsprechend auch die bestehenden Widersprüche zu den medizinischen Vorakten nicht in rechtsgenügender Weise ausgeräumt worden seien (Urk. 1 S. 22 unten), als nicht zutreffend. Im Gegenteil finden sich die massgeglichen Überlegungen in der Expertise, weshalb - nach mittlerweile über fünf Jahren nach dem fraglichen Ereignis - von einem Verschwinden der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen ist. Von relevanten Widersprüchen zu den Vorakten kann dabei keine Rede sein, hatte doch Dr. A.____ keine rückwirkende Beurteilung vorzunehmen, sondern eine aktuelle, welche nach (zumindest teilweise) erfolgreicher Psychotherapie auch durchaus verbessert erwartet werden durfte.

4.4???? Auch die während des Verfahrens aufgelegten Bericht von Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, (Urk. 14/1-3) vermögen hieran nichts zu ändern, fehlt doch jegliche Begründung für die abweichende Einschätzung und ist er nicht Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

4.5???? Vor diesem Hintergrund sind von zusätzlichen medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236).

4.6???? Bei Verneinung des Kausalzusammenhangs erbringt sich die Frage nach der Zulässigkeit des Fallabschlusses.

E. 5

5.1???? In Bezug auf den organischen Gesundheitszustand stellte Dr. D.____, FMH Innere Medizin, am 16. Juli 2010 (Urk. 10/M35) lediglich Diagnosen ohne Auswirkungen auf die

Arbeitsunfähigkeit: ein chronifiziertes myofasiales Schmerzsyndrom mit Triggerpunktbildung deutlich linksbetont im Bereich der Schultergürtelregion und M. infraspinatus mit referred pain-Muster in den linken Oberarm (Tenderpointbildung im Bereich der linken Kiefergelenke im Sinne einer möglichen Symptomausweitung sowie Fehlform mit Streckhaltung im Bereich der Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule bei Status nach Morbus Scheuermann im Bereich des thorakolumbalen Übergangs) sowie eine Sternoclavicular-Arthrose rechts, degenerativ bedingt (S. 5).

Dr. D. ___ hielt fest, aufgrund der klinischen und radiologischen Abklärungen fehlten Hinweise für eine richtunggebende respektive traumatisch bedingte strukturelle Veränderung, das AC-Gelenk sei beidseits unauffällig, die Röntgenaufnahme ohne Hinweise für eine pathologische Veränderung im Bereich des AC-Gelenkes links. Die degenerative Veränderung des Sternoclaviculargelenkes rechts sei unfallfremd. Die epidurale Narbengewebebildung am Ligamentum longitudinale posterius sei im MRI dokumentiert, es sei möglich, dass diese Veränderung anlässlich des Ereignisses ausgelöst worden sei, durch eine Ligamentläsion, dies sei aber nicht sicher. Man finde weder anamnestisch noch klinisch Hinweise, dass diese Veränderung symptomatisch oder mit einer Instabilität oder Hypermobilität verbunden sei. Damit seien die beklagten Beschwerden und die korrelierenden Befunde als überwiegend wahrscheinlich unfallfremd zu beurteilen (S. 5 f.).

5.2 Die Beschwerdeführerin bestritt diese Ausführungen unter Hinweis auf die Einschätzung von Dr. E. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie. Dieser hatte am 22. August 2008 (Urk. 10/M32 Anhang) ein chronifiziertes zerviko- und scapulothorakales Schmerzsyndrom rechtsbetont bei Status nach Verletzung des Ligamentum longitudinale posterius sowie Kyphose der Brustwirbelsäule bei Residuen eines Morbus Scheuermann mit beginnenden degenerativen Veränderungen diagnostiziert. Er hielt fest, die Schmerzen im Schultergürtelbereich rechts seien somatisch allein zweifellos nicht erklärt. Er vermutete, dass die ligamentäre Läsion Folge der Traumatisierung der Halswirbelsäule durch den tödlichen Übergriff sei.

5.3 Dem Vorhalt der Beschwerdeführerin, wonach die Aktenlage unklar sei, kann nicht zugestimmt werden. Vorweg steht fest, dass die organische Problematik klar im Hintergrund steht und an der Wirbelsäule degenerative Veränderungen vorliegen. In Bezug auf den (einzig als unfallkausal in Frage kommenden) Status nach ligamentärer Läsion ist sodann festzuhalten, dass die Heilbehandlung diesbezüglich abgeschlossen und eine relevante Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen ist.

Fest steht sodann, dass rechtzeitig lediglich Hämatome (als Folge der Fesselung, Urk. 10/M1 und M6) sowie Schürfwunden und Blutergüsse (Urk. 10/M22) festgestellt wurden. Die nach dem Unfall beklagten Nackenschmerzen (bis Mitte Brustwirbelsäule) wurden (als Schulterschmerzen) dann erstmals am 25. August 2006 wieder thematisiert, nachdem beim Heben einer Schale Schmerzen eingeschossen waren (Bericht von Dr. F. ___, Chiropraktor, vom 18. September 2006, Urk. 10/M16). Im Gutachten des Spital Q. ___ vom 30. Juli 2007 (Urk. 10/M26) wurde den organischen Beschwerden kein Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit beigemessen.

5.4 Damit steht fest, dass die Nacken-Schulterproblematik von untergeordneter Bedeutung ist, keine Heilbehandlung (mehr) erfordert und keine relevante Arbeitsunfähigkeit (mehr) verursacht. Soweit gestützt auf Dr. E. ___ etwas Abweichendes

vorgebracht wird, erschöpft sich die Argumentation im Wesentlichen in der Figur 'post hoc ergo propter hoc'. Dabei wird eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies genügt indes rechtsprechungsgemäss nicht für die Annahme einer natürlichen Kausalität (BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2011 - und damit sechs Jahre nach Ereignis - weder in organischer noch psychischer Hinsicht Beschwerden vorliegen, welche im Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 24. November 2004 stehen. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht damit zu Recht nach dem 31. Dezember 2010 verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Dr. Agnes Leu

- Unfallversicherung Stadt Zürich unter Beilage je einer Kopie von Urk. 13 und 14/1-3

- Bundesamt für Gesundheit

- SWICA

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).

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