

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00037 vom 20. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00037](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00037)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00037 du 20 août 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00037 del 20 agosto 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. X., geboren 1956, Polizeioffizier, war seit 1977 bei der Polizei Y. tätig, zuletzt als Projektmanager, und in dieser Eigenschaft bei der Unfallversicherung Stadt Zürich (UVZ) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als es am 29. Juli 2009 zwischen ihm und einem Passanten zu einer tätlichen Auseinandersetzung kam (Unfallmeldung vom 18. August 2009, Urk. 8/G1; Urk. 8/G3; Rapport der Polizei Y., Urk. 8/R1). Dabei zog sich der Versicherte diverse Verletzungen am Kopf, Hals, an beiden Armen, am linken Bein sowie am Rumpf beziehungsweise Rücken zu (Urk. 8/M1). Die UVZ trat auf den Schaden ein und gewährte die gesetzlichen Leistungen (vgl. Urk. 8/R3-5).

1.2. Im März 2011 beauftragte die UVZ Dr. med. Z., FMH Innere Medizin, speziell Rheumatologie, und Dr. med. A., Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer medizinischen Abklärung (Urk. 8/M17-18). Diese berichteten am 27. April 2011 (Urk. 8/M22) beziehungsweise am 14. Mai 2011 (Urk. 8/M26).

Mit Verfügung vom 6. Juni 2011 (Urk. 8/G8) verneinte die UVZ ihre Leistungspflicht hinsichtlich der psychischen Beschwerden des Versicherten mangels eines natürlichen Kausalzusammenhangs, wobei sie auf die Rückforderung bereits erbrachter Leistungen für psychische Behandlungen verzichtete. Bezüglich der rezidivierenden zervikovertebralen und lumbovertebralen Missempfindungen bejahte sie die natürliche Kausalität und ihre weitere Leistungspflicht. Die vom Versicherten dagegen am 8. Juli 2011 erhobene Einsprache (Urk. 8/G12), mit welcher er namentlich die Kausalität seiner psychischen Beschwerden geltend machte, wies die UVZ mit Entscheid vom 4. Januar 2011 (richtig: 2012; Urk. 8/G15 = Urk. 2) ab.

Gegen den Einspracheentscheid vom 4. Januar 2012 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 6. Februar 2012 Beschwerde und beantragte, die Verfügung der UVZ vom 6. Juni 2011 sei aufzuheben und es seien ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen, insbesondere für die in Anspruch genommenen therapeutischen Massnahmen zu gewähren (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2012 (Urk. 7) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 2. April 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Die nach der Rechtsprechung für den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die

Unfallversicherung, UVG) geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden sowie die Rechtsprechung zum Beweiswert eines ärztlichen Berichts sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 1 S. 2 f.). Darauf kann verwiesen werden.

## **E. 2**

2.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin für die Behandlung der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers leistungspflichtig ist und in diesem Zusammenhang, ob die psychischen Beschwerden in einem natürlich kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 29. Juli 2009 stehen. Die somatischen Beschwerden bilden nach übereinstimmender Auffassung der Parteien nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens (vgl. Urk. 1 S. 4 Ziff. 2.1 und Urk. 2 S. 3 lit. g).

2.2. Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) gestützt auf den Bericht von Dr. A. \_\_\_ davon aus, dass die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das fragliche Ereignis zurückzuführen seien. Der Beschwerdeführer habe sich erst 14 Monate nach dem Ereignis, im Laufe der unvollständigen Heilung der körperlichen Beschwerden, erstmals in psychiatrische Behandlung begeben. Die psychischen Beschwerden hätten sich am ehesten als unspezifische Reaktion auf die Belastungen, die er in Form von anhaltenden Schmerzen und juristischer Auseinandersetzung zu bewältigen gehabt habe, entwickelt. Gegen die Unfallkausalität spreche sodann auch der fehlende depressive Verlauf (S. 4 f. lit. 1).

2.3. Der Beschwerdeführer machte demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, der natürliche Kausalzusammenhang sei erstellt. Er habe während des Angriffs um sein Leben fürchten und sich nachher einer vollständigen Veränderung der bisherigen Lebensumstände und Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sowie einer fortgesetzten Bedrohungssituation durch den Täter stellen müssen. Er habe seinem Naturell gemäss zunächst versucht, den Unfall rational zu verarbeiten und die psychische Belastung weitgehend auszublenden. Erst nachdem er von verschiedener Seite zu einer Therapie gedrängt worden sei, habe er sich in psychologische Behandlung begeben. Der Unfall und seine Begleitumstände seien aus dem natürlichen Kausalverlauf nicht wegzudenken, ohne dass auch die behandlungsbedürftigen Beschwerden entfielen (S. 8 Ziff. 2.3 lit. b). Auf den Bericht von Dr. A. \_\_\_ könne nicht abgestellt werden, da er die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten nicht erfülle. Er beruhe weder auf umfassenden Untersuchungen, noch leuchte er in der Beurteilung der medizinischen Situation ein (S. 5 ff. Ziff. 2.2).

## **E. 3**

3.1. Anlässlich der am 29. Juli 2009 durchgeführten polizeilichen Einvernahme zum Ereignis vom gleichen Tag gab der Beschwerdeführer sinngemäss an, beobachtet zu haben, wie ein Mann sein auf einem Parkfeld parkiertes Auto zerkratzt habe. Als er ihn zur Rede stellen wollte und hierzu die Türe des Lieferwagens, in welchen der Mann eingestiegen sei, geöffnet habe, ihm seinen Polizeiausweis gezeigt und ihn zum Ausschalten des Motors sowie zum Aussteigen aufgefordert habe, habe ihm dieser noch im Lieferwagen sitzend unvermittelt die rechte Faust ins Gesicht geschlagen. Dann habe er sich vom Fahrersitz auf ihn gestürzt, ihn zu Boden gerissen und dort auf ihn

eingeschlagen. Der Mann habe ihn in den Schwitzkasten genommen und ihm verbal gedroht. Er habe gefühlt, dass sein Leben bedroht sei und wie der Mann ihm die Luft abgedrückt habe. Er habe keine Luft mehr bekommen. Der Mann sei stark gewesen und er habe sich aus eigener Kraft nicht mehr befreien können, woraufhin er seinen Pfefferspray eingesetzt habe (Polizeirapport der Polizei Y.\_\_\_\_, Urk. 8/R; Einvernahme als Geschädigter S. 1 f. Ziff. 2, S. 4 Ziff. 17-19).

Der Widersacher bestritt demgegenüber, das Auto des Beschwerdeführers zerkratzt zu haben und schilderte einen weitgehend abweichenden Geschehensablauf, indem er im Wesentlichen aussagte, der Beschwerdeführer habe ihn, als er noch im Auto gesessen habe, mit Pfefferspray angegriffen, und ihn sodann in den Schwitzkasten genommen, als sie am Boden gelegen hätten (Polizeirapport der Polizei Y.\_\_\_\_, Urk. 8/R1; Einvernahme zur Sache S. 4 f. Ziff. 21-24 und Ziff. 27-29).

Am 30. Juli 2009 suchte der Beschwerdeführer seinen Hausarzt, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, auf, welcher am 2. November 2009 berichtete (Urk. 8/M4). Als Befunde erhob Dr. B.\_\_\_\_ ein blaues geschwollenes Auge rechts, eine etwa 2 x 3 cm grosse Schürfwunde an der rechten Schläfe, eine Weichteilschwellung und Abschürfung am rechten Ohr, Blutspuren am linken Nasenloch, ein fehlendes Stück (etwa 2 mm) am rechten oberen Schneidezahn, geschwollene Lippen, Würgespuren an Hals und Kehlkopf, ein etwa 2 x 3 cm grosses abgeschürftes Areal am linken Ellbogen, einen schmerzhaften Brustkorb links, Weichteilschwellungen am Rücken in der Höhe vom ersten und zweiten Lendenwirbel, eine etwa 3 x 4 cm grosse Schürfwunde am linken Kniegelenk sowie Weichteilschwellungen am linken Fuss.

Am 25. November 2009 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie, welcher den Beschwerdeführer am 20. Oktober 2009 untersucht hatte (Urk. 8/M6), und nannte folgende Diagnosen (S. 1):

- posttraumatisches Zervikalsyndrom mit:
- ausgeprägter spondylogener Cephaläa
- subjektiv radikärem Reizsyndrom an den oberen Extremitäten beidseits
- Tremmel, wahrscheinlich im Rahmen des Zervikalsyndroms
- posttraumatischer Belastungsstörung
- Lumbovertebralsyndrom mit radikärer Reizsymptomatik rechts
- wahrscheinlich vegetativer Tremor im Bereich der rechten Hand

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, psychisch sei der Beschwerdeführer durch das Ereignis mit einer gewissen Angst belastet. Der Widersacher befinde sich auf freiem Fuss und habe ihm gegenüber massive Drohungen ausgestossen (S. 2 oben).

Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, berichtete am 27. April 2010 (Urk. 8/M9) und nannte als Diagnosen ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) und eine somatoforme Schmerzstörung mit Angststörung. Als Therapie empfahl er Nervenblockaden an der HWS und gegebenenfalls Psychotherapie (S. 1).

Am 30. August 2010 berichtete Dr. B.\_\_\_\_, nebst körperlichen Beschwerden habe der Vorfall vom Juli 2009 ein Psychotrauma hinterlassen (Urk. 8/M11 Mitte). Der

Beschwerdeführer befinde sich noch immer in Schmerzbehandlung und orthopädischer Behandlung. Er habe weiterhin multiple HWS- und Gelenkschmerzen im HWS-Facettenbereich mit neurologischen Ausfällen. Zudem sei er in regelmäßiger psychologischer Behandlung. Es bestehe keine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/M11 unten).

#### E. 4

4.1 In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen folgende Berichte aktenkundig.

4.2 Am 24. September 2010 berichtete lic. phil. E. \_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Zentrum F. \_\_\_\_, welche den Beschwerdeführer seit dem 21. Juli 2010 drei Abklärungsgespräche gesehen hatte. Als Diagnosen nannte sie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) nach belastendem Lebensereignis (S. 1 unten). Sie führte aus, die Gewalttat vom Juli 2009, bei welcher der Beschwerdeführer zusammengeschlagen und massiv gewürgt worden sei, habe zahlreiche körperliche und psychische Folgen gehabt. Der Beschwerdeführer habe aus gesundheitlichen Gründen sein Freizeitverhalten stark einschränken müssen und die Leistungsfähigkeit bei der Arbeit sei um etwa 25 % reduziert. Die Lebensqualität habe insgesamt stark gelitten. Die Testauswertungen hätten in den Bereichen Angst, Depressivität und erschöpftes Befinden deutlich erhöhte Werte ergeben (S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer habe gleich nach dem traumatischen Ereignis unter Schock gestanden. Er habe dann aber begonnen, möglichst schnell sein altes Leben wieder aufzunehmen, und versucht, den lebensbedrohlichen Vorfall rational zu verarbeiten. Seine Gefühle seien schwer spürbar (S. 1 unten). Das gefühlsmäßig unverarbeitete Ereignis, die momentan laufende Strafuntersuchung mit unter anderem Täterkonfrontation sowie die Realisierung der zahlreichen Einschränkungen führten zu Symptomen wie Schlafstörungen, niedergeschlagener Stimmung, schneller Ermüdung, Ohnmachtsgefühlen, tieferem Selbstwert und Ängsten (S. 2, S. 1 Mitte). Eine Psychotherapie sei klar indiziert (S. 2).

4.3 In einem weiteren Bericht vom 21. März 2011 (Urk. 8/M21) nannte lic. phil. E. \_\_\_\_, als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Sie führte aus, den Beschwerdeführer seit Juli 2010 psychotherapeutisch zu behandeln. Bisher hätten im Abstand von etwa zwei Wochen 13 Sitzungen stattgefunden (S. 1 oben, S. 2 Mitte). Seit etwa zwei Monaten seien die Schlafstörungen besonders belastend. Der Beschwerdeführer fühle sich deswegen erschöpft. Insgesamt fühle er sich dünnhäutiger, sensibler und gedämpfter. Er habe auch von Hypernervosität und Herzrasen berichtet (S. 1 unten). Die Ängste in Bezug auf den Überfall beständen weiter, seien aber weniger stark als zu Beginn. Er könne weiterhin arbeiten, müsse aber sein Pensum auf das übliche Mass reduzieren (S. 2 oben). Das traumatische Erlebnis habe auf verschiedenen Ebenen zu zahlreichen Veränderungen in seinem Leben geführt, die schwierig zu akzeptieren seien und deren Dauerhaftigkeit erst jetzt deutlich würden. Der Beschwerdeführer sei daran, seine Grenzen neu zu definieren. Er sei bisher hohe Belastungsgrenzen gewohnt gewesen. Jetzt realisiere er, dass die Abstände von Erschöpfungsphasen immer kleiner würden (S. 2 Mitte). Da aktuell noch viele Verunsicherungen beständen, sei der Zustand auf Symptomebene eher stagnierend. Auf lange Sicht sei von einer Verbesserung auszugehen. Die Psychotherapie sollte mindestens bis zum Abschluss des gerichtlichen Verfahrens und der Schmerzbehandlung durch Dr. D. \_\_\_\_, weitergeführt werden (S. 2 unten).

4.4. Am 14. Mai 2011 erstattete Dr. A. \_\_\_ einen Bericht (Urk. 8/M26), welcher sich auf die ihr von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Akten stützte (S. 1 Mitte, S. 2 ff.). Dr. A. \_\_\_ führte aus, aufgrund der ärztlichen Vorberichte sei von einem unspezifischen leichten psychischen Beschwerdekomples (Ängste, interkurrente Schlafstörungen, Verunsicherung, Wut) auszugehen, der sich mit mehrmonatiger Latenz zum Ereignis entwickelt habe (S. 8 unten). Die psychischen Beschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. Juli 2009 zurückzuführen. Psychische Beschwerden seien erst vier Monate später, im Laufe der unvollständigen Heilung der körperlichen Beschwerden, erwähnt. Erst 14 Monate nach dem Unfallereignis habe sich der Beschwerdeführer in fachspezifische Behandlung begeben. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der Entwicklung des unspezifischen leichteren psychischen Beschwerdekomples und dem Unfall sei nicht gegeben. Die psychischen Beschwerden hätten sich am ehesten als unspezifische Reaktion auf die Belastungen entwickelt, die der Beschwerdeführer in Form von anhaltenden Schmerzen und juristischer Auseinandersetzung später zu bewältigen gehabt habe. Gegen die Unfallkausalität spreche auch der fehlende depressive Verlauf (S. 9 oben).

4.5. In ihrer Stellungnahme vom 1. Juli 2011 (Urk. 3/7) führte lic. phil. E. \_\_\_ formelle sowie inhaltliche Kritik am Bericht von Dr. A. \_\_\_ . Sie führte aus, Dr. A. \_\_\_ , welche den Beschwerdeführer nie gesehen habe, banalisiere das traumatische Erlebnis vollkommen. Der Beschwerdeführer sei massiv gewürgt worden und habe Todesängste erlebt (S. 1). Soweit Dr. A. \_\_\_ die Kausalität mit der Feststellung verneine, dass psychische Beschwerden erst vier Monate später erwähnt würden und dass der Beschwerdeführer erst 14 Monate später eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen habe, zeuge dies von absoluter fachlicher Unkenntnis. In der Fachliteratur über Psychotraumatologie sei überall anerkannt, dass Symptome sehr häufig erst verspätet auftreten (im ICD-10 gehe man von bis zu 6 Monaten aus). Der Beschwerdeführer habe einen ziemlich typischen Verlauf durchgemacht: Er habe ein schweres psychisches Trauma mit Todesangst erlebt. Nach einer Phase des Schocks habe er rasch die Arbeitstätigkeit wieder aufgenommen, allerdings in für ihn sehr stark reduziertem Pensum. Alle Ärzte, die der Beschwerdeführer konsultiert habe, hätten von psychischen Folgen berichtet, und verschiedene Ärzte hätten ihm empfohlen, psychotherapeutische Hilfe anzunehmen. Dass der Beschwerdeführer sich erst 14 Monate später in psychotherapeutische Behandlung begeben habe, habe mit fehlenden psychischen Beschwerden nichts zu tun. Der Beschwerdeführer habe gehofft, dass die Symptome mit der Zeit abnehmen. Zudem sei er anfänglich mit den körperlichen Beschwerden und entsprechenden Arztbesuchen stark beschäftigt gewesen. Schlussendlich habe er erkennen müssen, dass sich die Beschwerden eher verschlimmert (S. 2 oben).

## E. 5

5.1. Aus den medizinischen Akten ergibt sich unstreitig, dass beim Beschwerdeführer im Anschluss an das Ereignis vom 29. Juli 2009 psychische Beschwerden auftraten. So berichtete Dr. C. \_\_\_ im November 2009, der Beschwerdeführer sei durch das Ereignis psychisch belastet und verspüre eine gewisse Angst (vorstehend E. 3.3). Im April 2010 diagnostizierte Dr. D. \_\_\_ eine somatoforme Schmerzstörung mit Angststörung und empfahl dem Beschwerdeführer,

gegebenenfalls eine Psychotherapie durchzuführen (vorstehend E. 3.4). Auch der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. B. \_\_\_\_, berichtete, dass der Vorfall vom Juli 2009 beim Beschwerdeführer ein Psychotrauma hinterlassen habe (vorstehend E. 3.5). Nachdem die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers entgegen seiner Hoffnung mit der Zeit nicht abgenommen, sondern sich eher verschlimmert hatten (vorstehend E. 4.5 am Ende), suchte er im Juli 2010 lic. phil. E. \_\_\_\_ auf, welche nach drei Abklärungsgesprächen zum Schluss gelangte, dass eine Psychotherapie klar indiziert sei. In der Folge begab sich der Beschwerdeführer im Abstand von etwa zwei Wochen in psychotherapeutische Behandlung zu lic. phil. E. \_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2-3).

5.2.1.1 Festzuhalten ist, dass das Vorliegen psychischer Beschwerden auch von Dr. A. \_\_\_\_ nicht in Abrede gestellt wurde, gelangte sie gestützt auf die ihr zur Verfügung gestellten Vorakten doch zum Schluss, beim Beschwerdeführer liege ein unspezifischer leichter psychischer Beschwerdekomples mit Ängsten, interkurrenten Schlafstörungen, Verunsicherung und Wut vor (vorstehend E. 4.4). Während lic. phil. E. \_\_\_\_ die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers aber als Folge des Ereignisses vom Juli 2009 sah (vorstehend E. 4.5), vertrat Dr. A. \_\_\_\_ die Auffassung, die psychischen Beschwerden seien nicht mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das fragliche Ereignis zurückzuführen. Gegen das Vorliegen einer natürlichen Kausalität sprach ihrer Meinung nach der Umstand, dass sich die psychischen Beschwerden erst mit einer mehrmonatigen Latenz zum Unfallereignis entwickelt hätten. So seien psychische Beschwerden erst vier Monate später, im Rahmen der unvollständigen Heilung der körperlichen Beschwerden, erstmals erwähnt, und habe sich der Beschwerdeführer erst rund 14 Monate nach dem Unfallereignis in fachspezifische Behandlung begeben (vorstehend E. 4.4).

5.3.1.1 Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Frage der natürlichen Kausalität von im Anschluss an ein Unfallereignis auftretenden psychischen Beschwerden vermag die Einschätzung von Dr. A. \_\_\_\_ nicht zu überzeugen. So ist gemäss Praxis des Bundesgerichts zu beachten, dass eine lange Latenzzeit zwischen Unfall und dem Auftreten psychischer Störungen nicht ohne weiteres zur Verneinung des natürlichen Kausalzusammenhangs führen darf. Denn psychische Fehlentwicklungen setzen erfahrungsgemäss in manchen Fällen nicht unmittelbar im Anschluss an einen Unfall ein, sondern erst nach mehreren erfolglosen Operationen, längeren Hospitalisationen, schwierigem Heilungsverlauf, späten Abklärungs- und Therapieaufenthalten sowie misslungenen Eingliederungsversuchen und bei andauernd starken Schmerzen. In einer solchen Lage wird dem Unfallopfer erst allmählich die befürchtete Nichtwiedererlangung der früheren Gesundheit und Leistungsfähigkeit zur tragischen Gewissheit. Wo auf anfänglich berechtigte Hoffnung auf Genesung angesichts bleibender teilinvalidisierender somatischer Unfallfolgen einstweilen Resignation und ungenügende Motivation folgen, kann nicht einfach auf unfallfremde Faktoren geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts U 368/01 vom 9. April 2002 E. 4a/dd mit Hinweisen auf: in RKUV 1996 Nr. U 249 S. 179 nicht publizierte E. 9a des Urteils Z. vom 24. April 1996, U 202/95 + U 204/95).

1.1.1.1 Im Falle des Beschwerdeführers zeichnen die medizinischen Akten aber gerade einen solch protrahierten Verlauf mit anhaltenden körperlichen Beschwerden, welcher zur Folge hatte, dass der Beschwerdeführer, der bisher sehr hohe Belastungen gewohnt war und sich stark über Arbeit und Leistung definierte (vgl. Urk. 8/M15 S. 1

unten, Urk. 8/M21 S. 1 Mitte), erhebliche Leistungseinbussen hinnehmen, sein Freizeitverhalten stark einschränken und seine Grenzen neu definieren musste (vorstehend E. 4.2-3). Vor diesem Hintergrund lässt sich die natürliche Kausalität der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers zum Unfallereignis vom Juli 2009 nicht unter Hinweis auf deren verzögertes Auftreten verneinen.

5.4 In diesem Sinne argumentierte auch lic. phil. E. \_\_\_\_, welche die Beurteilung von Dr. A. \_\_\_\_ als nicht schlüssig erachtete und festhielt, der Umstand, dass der Beschwerdeführer erst 14 Monate nach dem Unfall psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen habe, habe mit fehlenden psychischen Beschwerden nichts zu tun. Sie begründete dies überzeugend - und analog zu den Ausführungen des oben erwähnten Bundesgerichtsentscheids (vorstehend E. 5.2) - damit, der Beschwerdeführer habe gehofft, dass die Symptome mit der Zeit abnehmen. Zudem sei er am Anfang stark mit den körperlichen Beschwerden und den entsprechenden Arztbesuchen beschäftigt gewesen. Schliesslich habe er erkennen müssen, dass sich die Beschwerden eher verschlimmert (vorstehend E. 4.5).

Aufgrund dieser medizinischen Akten, insbesondere nach Einsicht in die Stellungnahme von lic. phil. E. \_\_\_\_ vom Juli 2011 (vorstehend E. 4.5), ist der natürliche Kausalzusammenhang als erstellt zu erachten.

5.5 Zu bemerken ist sodann, dass die Unfallversicherung rechtsprechungsgemäss nicht nur für die unmittelbaren Unfallfolgeschäden leistungspflichtig ist. Ein natürlicher Kausalzusammenhang ist bereits dann gegeben, wenn der Schaden ohne Vorhandensein des Ereignisses nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 177 E. 3.1). Selbst wenn man mit Dr. A. \_\_\_\_ davon ausginge, die psychischen Beschwerden seien (auch) durch die anhaltenden Schmerzen und die juristischen Auseinandersetzungen im Anschluss an das Ereignis vom Juli 2009 entstanden (vorstehend E. 4.4), so könnte doch der Unfall nicht weggedacht werden, ohne dass auch die psychischen Beschwerden entfielen, womit der natürliche Kausalzusammenhang ebenfalls zu bejahen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_519/2008 vom 28. Januar 2009 E.5.1).

5.6 Soweit Dr. A. \_\_\_\_ die Auffassung vertrat, die Berichte von lic. phil. E. \_\_\_\_ seien bezüglich der Diagnosestellung nicht nachvollziehbar und infolge fehlender klarer psychiatrischer Anamnese und praktisch fehlenden objektiven Befunden nur beschränkt aussagekräftig (Urk. 8/M26 drittletzte Seite Mitte), ist schliesslich festzuhalten, dass im Rahmen der Beurteilung der natürlichen Kausalität von im Anschluss an ein Unfallereignis aufgetretenen psychischen Beschwerden die Frage nach der genauen Diagnose offen bleiben kann, wenn sich feststellen lässt, dass die psychischen Störungen eindeutig vorhanden sind (Urteil des Bundesgerichts U 368/01 vom 9. April 2002 E. 4a/dd).

Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten ist beim Beschwerdeführer vom Vorhandensein einer psychischen Störung auszugehen, was von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten wurde, zumal auch Dr. A. \_\_\_\_ eine solche im Sinne eines unspezifischen leichten psychischen Beschwerdekompleses bejahte (vorstehend E. 4.4 sowie E. 5.1). Zudem findet sich in den Akten kein psychiatrischer Bericht, welcher in Auseinandersetzung mit den zu erhebenden psychopathologischen Befunden das Vorliegen

einer psychischen Störung widerlegen würde.

5.7 Nach dem Gesagten ergibt sich somit, dass die psychischen Störungen des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. Juli 2009 zurückzuführen sind und der natürliche Kausalzusammenhang zumindest im Sinne einer Teilkausalität gegeben ist.

In dem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Adäquanz der psychischen Beschwerden beurteile und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verführe.

6. Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid der Unfallversicherung Stadt Zürich (UVZ) vom 4. Januar 2011 (richtig: 2012) aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie, nach Beurteilung der Adäquanz der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers, neu verführe.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dario Zarro

- Unfallversicherung Stadt Zürich

- Bundesamt für Gesundheit

5. 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.