

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00027 vom 30. Oktober 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-10-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00027](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00027)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00027 du 30 octobre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00027 del 30 ottobre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1977 geborene X.\_\_\_\_

war bei der Unia Arbeitslosenkasse als arbeitslos gemeldet. Im Rahmen eines Zwischenverdiensts war sie als Verkäuferin im

Tankstellen-Shop

der Y.\_\_\_\_ GmbH beschäftigt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert (Urk. 10/2). Am 9.

Dezember 2009 wurde sie an ihrem Arbeitsplatz Opfer eines versuchten Raubüberfalls. Dabei wurde sie mit einer vorgehaltenen Soft-Air-Waffe bedroht und der Täter schlug ihr entweder mit der Faust oder der Waffe gegen den Rücken (Urk. 3/6 S. 1 f., 10/2 und 10/5). Die Ärzte der Notfallpraxis des Spitals Z.\_\_\_\_ diagnostizierten am Unfalltag eine linksseitige Rippenkontusion dorsal und eine posttraumatische Angstreaktion (Urk. 10/5). Die die Versicherte seit 18. Januar 2010 behandelnde Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 6. Mai 2010 eine subsyndromale Ausprägung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Überfall auf der Arbeitsstelle (ICD-10 F43.1), eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) und ein Schmerzsyndrom (Urk. 10/29). Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 31. Oktober 2013 stellte sie diese – unter Hinweis auf das Fehlen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom Dezember 2009 und den geklagten Beschwerden – per 31. Dezember 2013 ein (Urk. 10/143). Die dagegen erhobene Einsprache vom 4. Dezember 2013 (Urk. 10/154) wies sie mit Entscheid vom 27. Dezember 2013 ab (Urk. 10/157 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt laut Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

### **E. 1.2**

Rechtsprechung und Lehre haben schreckbedingte plötzliche Einflüsse auf die Psyche seit jeher als Einwirkung auf den menschlichen Körper (im Sinne des geltenden

Unfallbegriffes) anerkannt und für ihre unfallversicherungsrechtliche Behandlung besondere Regeln entwickelt. Danach setzt die Annahme eines Unfalles voraus, dass es sich um ein aussergewöhnliches Schreckereignis, verbunden mit einem entsprechenden psychischen Schock, handelt; die seelische Einwirkung muss durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart der versicherten Person 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. Das frühere Eidgenössische Versicherungsgericht, heute Bundesgericht, hat diese Rechtsprechung wiederholt bestätigt und dahingehend präzisiert, dass auch bei Schreckereignissen nicht nur die Reaktion eines (psychisch) gesunden Menschen als Vergleichsgrösse dienen kann, sondern in diesem Zusammenhang ebenfalls auf eine "weite Bandbreite" von Versicherten abzustellen ist. Zugleich hat es dabei relativierend, unter Bezugnahme auf den massgeblichen Unfallbegriff, betont, dass sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit definitionsgemäss nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber bezieht, weshalb nicht von Belang sein könne, wenn der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. An den Beweis der Tatsache, die das Schreckereignis ausgelöst haben, an die Aussergewöhnlichkeit dieses Ereignisses sowie den entsprechenden psychischen Schock sind strenge Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_376/2013 vom 9. Oktober 2013 E. 3.1 unter Hinweis unter anderem auf BGE 129 V 177).

### **E. 1.3**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E.

4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Die weiter vorausgesetzte Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen einem Schreckereignis ohne körperliche Verletzungen und den nachfolgend aufgetretenen

psychischen Störungen beurteilt sich nach der allgemeinen Formel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung). Diese Rechtsprechung trägt der Tatsache Rechnung, dass bei Schreckereignissen anders als im Rahmen üblicher Unfälle

die psychische Stresssituation im Vordergrund steht, wogegen dem somatischen Geschehen keine (entscheidende) Bedeutung beigemessen werden kann. Aus diesem Grund ist die (analoge) Anwendung der in BGE 115 V 133

entwickelten Adäquanzkriterien ebenso ungeeignet wie diejenige der so genannten Schleudertraumapraxis ( BGE 117 V 359

). Nicht anders verhält es sich, wenn die versicherte Person zwar körperlich verletzt wird, die somatischen Beeinträchtigungen indessen lediglich von untergeordneter Bedeutung sind und im Vergleich zum erlittenen psychischen Stress in den Hintergrund treten. Denn auch in solchen Fällen kommt dem somatischen Geschehen keine wesentliche Bedeutung zu. Mithin hat die Beurteilung der Adäquanz zwischen Schreckereignissen, bei welchen die versicherte Person zwar (auch) körperliche Beeinträchtigungen davonträgt, Letztere indessen nicht entscheidend ins Gewicht fallen, und psychischen Schäden nach der allgemeinen Adäquanzformel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) zu erfolgen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_653/2007 vom 28. März 2008 E. 2.4).

Dabei ist nicht allein auf den psychisch gesunden Versicherten, sondern auf eine weite Bandbreite der Versicherten abzustellen. In diesem Rahmen bilden 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 realitätsge rechter Massstab angelegt werden muss ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_522/2007 vom 1. September 2008 E. 2 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 1.5**

An den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen psychischen Beschwerden und so genannten Schreckereignissen werden – im Hinblick auf ihre schwere Kontrollierbarkeit – hohe Anforderungen gestellt. 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 innerhalb einiger Wochen oder Monate überwunden wird (Urteil des Bundesgerichts 8C\_653/2007 vom 28. März 2008 E. 2.5 mit Hinweisen ). 2.

### **E. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 27. Dezember 2013 erhob die Versicherte am 3. Februar 2014 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggelder, über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus auszurichten; eventuell sei ihr eine Invalidenrente gestützt auf eine Erwerbs einbusse von 100 % zuzu sprechen . In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung ( Urk. 1 S. 2 f. ). Mit Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2014 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 9), was der

Beschwerdeführerin am 13. Mai 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungseinstellung damit, dass zwischen den von der Beschwerdeführerin geklagten psychischen Störungen und dem Raubüberfall vom 9. Dezember 2009, der als aussergewöhnliches Schreckereignis und damit als Unfall im Sinne der Gesetzgebung anzusehen sei, zwar ein natürlicher, aber kein adäquater Kausalzusammenhang bestehe. Die bisher ausgerichteten Versicherungsleistungen seien daher zu Recht per 31.

Dezember 2013 eingestellt worden (Urk. 2 S. 5 ff.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, von der Fortsetzung der Heilbehandlung könne nach wie vor eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden, weshalb die Adäquanzprüfung zu früh erfolgt sei. Die durch den Raubüberfall ausgelöste akute Gefährdungslage mit Eskalationstendenz und Todesgefahr habe jedenfalls genug lange gedauert, um typische Angst- und Schockwirkungen auszulösen. Sie sei nicht nur einem Schreckereignis ausgesetzt gewesen, sondern habe sich auch objektiv in Todesgefahr befunden. Der Überfall sei daher geeignet gewesen, langjährige Angst- und depressive Zustände auszulösen. Damit sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen diesem und den psychischen Beeinträchtigungen auch im Zeitpunkt der Leistungseinstellung zu bejahen (Urk.

1 S.

### **E. 3**

Mit Verfügung vom 23. Juli 2013 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Beschwerdeführerin eine befristete ganze Rente mit Wirkung vom 1. Dezember 2011 bis 31. Juli 2012 zu. Die dagegen am 16. September 2013 erhobene Beschwerde wurde mit heutigem Urteil des hiesigen Gerichts in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 23. Juli 2013 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit diese nach erfolgter Abklärung über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge (Prozessnummer- Nr. IV.2013.00832).

### **E. 3.1**

Gemäss Anklageschrift der Staatsanwaltschaft B.\_\_\_\_ vom 13. September 2010 erfolgte der Überfall vom 9. Dezember 2009 durch den mit einer Sturmhaube maskierten und mit einer Soft-Air-Waffe bewaffneten C.\_\_\_\_. Dieser habe die sich bei der offenen Seitentüre des Tankstellenshops befindliche Beschwerdeführerin, die sich beim Rauchen einer Zigarette befunden habe, mit der vorgehaltenen Waffe bedroht. Er habe ihr die Waffe in die linke, hintere Körperseite gedrückt und

sie aufgefordert: „Geld, Geld, wo ist der Treisor“. Dabei habe er die Versicherte durch die Seiteneingangstüre in den Lageraum gedrängt. Dort habe der Täter mit der vorgehaltenen Soft-Air-Waffe auch die Tankstellenpächterin bedroht. In der Folge habe er die beiden Frauen unter Androhung von Waffengewalt weiter zur Verkaufstheke im Shop gedrängt. Im Innern des Shops angekommen, habe C.\_\_\_\_ die Waffe auch kurz gegen den ebenfalls anwesenden Mitinhaber des Tankstellengeschäfts gerichtet und gesagt: „Ich schiesse!“. Er

habe aus der bereits geöffneten Kassenschublade Notengeld in der Höhe von Fr. 370.00 entnommen und den Shop fluchtartig verlassen wollen. Daran sei er aber vom Mitinhaber sowie von einem anwesenden Kunden gehindert worden. Die beiden Männer hätten den Täter zu Boden geworfen und ihn bis zum Eintreffen der Polizei festgehalten. Dabei habe sich der Kunde leichte Verletzungen zugezogen ( Urk. 3/4 S. 3 f.).

### **E. 3.2**

Die erstbehandelnden Ärzte der Notfallpraxis des Spitals Z.\_\_\_\_ diagnostizierten am 9. Dezember 2009 eine Rippenkontusion dorsal links und eine posttraumatische Angstreaktion ( Urk. 10/5).

### **E. 3.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin, führte am 15. Januar 2010 ( Urk. 10/17) folgende Diagnosen an: - Rippenkontusion links dorsal - Posttraumatische Periarthropathia

humeroscapularis links - Posttraumatische cervikal betontes Panvertebralsyndrom - Reaktive Depression

### **E. 3.4**

Dr. med. A.\_\_\_\_

stellte am 20. Januar 2010 die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Betreffend die Arbeitsfähigkeit führte sie aus, die Beschwerdeführerin solle versuchen, ihr Arbeitspensum von 50 % zu behalten ( Urk. 10/13).

### **E. 3.5**

Dr. D.\_\_\_\_ berichtet am 16. April 2010, die belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der linken Schulter sowie des ganzen Rückens mit Betonung cervikal hätten sich unter physikalischer Therapie deutlich zurückgebildet. Hingegen komme es immer mehr zum depressiven Zustandsbild ( Urk. 10/25).

### **E. 3.6**

Dr. A.\_\_\_\_ nannte am 6. Mai 2010 ( Urk. 10/29) nachstehende Diagnosen (S. 1): - Subsyndromale Ausprägung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Überfall auf der Arbeitsstelle (ICD-10 F43.1) - Mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Schmerzsyndrom

Die betreffende Ärztin führte aus, als Voraussetzung für eine zukünftige Erwerbsfähigkeit stehe die psychische Stabilisierung der Beschwerdeführerin im Vordergrund. Das Zustandsbild habe sich im Vergleich zu dem am 20. Januar 2010 abgegebenen Bericht unter den verordneten Psychopharmaka und der begleitenden Psychotherapie verbessert. Einzig die Schmerzsymptomatik sei unverändert geblieben. Hauptsymptom sei die Angst. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig (S. 1 f.).

### **E. 3.7**

Med. pract.

E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versuchspsychiatrischer Dienst, gab am 23. Dezember 2010 an, die Beschwerdeführerin habe nach dem Überfall bis zum jetzigen Zeitpunkt eine nicht ganz ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung

mit einer depressiven und ängstlichen Reaktion kombiniert sowie ein chronisches Schmerzsyndrom entwickelt. Die Entwicklung einer psychischen traumatischen Reaktion dieses Ausmaßes sei an sich nicht untypisch. Bemerkenswert sei die eher untypische Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms. Dieses sei als somatisierende Überlagerung der traumatischen Reaktion zu sehen und hänge mit einer allfälligen partiellen Vulnerabilität der Persönlichkeitsstruktur sowie der Psyche der Beschwerdeführerin zusammen. Es sei daher eher als unfallfremd zu erachten. Er empfahl die Kostenübernahme für eine stationäre psychiatrische Behandlung (Urk. 10/41 S. 3 f.).

### **E. 3.8**

Nachdem sie die Beschwerdeführerin vom 13. Dezember 2010 bis am 19. April 2011 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ im Bericht vom 31. Mai 2011 (Urk. 10/74) folgende psychiatrische Diagnosen (S. 1): - Mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Somatische Diagnosen führten sie keine an (S. 1).

Sie berichteten, im schützenden Umfeld der Klinik habe in den ersten Wochen eine Stabilisierung des Zustands der Beschwerdeführerin erreicht werden können. Im weiteren Verlauf des Aufenthalts habe sich dieser insofern weiter verbessert, als sich die Versicherte schwingungsfähiger und offener gezeigt und immer klarer von Suizidalität distanziert habe. Es habe zudem eine Verbesserung der Konzentration und Aufmerksamkeit erzielt werden können. Eine weitere Verbesserung oder eine Stabilisierung des Zustands und eine Reduktion der Ängste seien jedoch nicht möglich gewesen. Das Erarbeiten eines psychosozialen Krankheitsmodells habe sich insofern schwierig gestaltet, als die Beschwerdeführerin eine sehr fatalistische Einstellung in Bezug auf ihre Erkrankung habe, alle Schuld für ihren Zustand und die Folgen dem Täter zuschreibe und es nicht gelungen sei, ihr einen konstruktiven Umgang mit Gefühlen und Spannungszuständen zu vermitteln. Sie trete in nur ansatzweise gebessertem biopsychischem Zustand bezüglich der remittierten depressiven Symptomatik und des allgemeinen Zustandes aus. Die Ängste und die allgemeine Anspannung hätten nur sehr bedingt eine Verbesserung erfahren und ihr Krankheitsverständnis habe nur leicht erweitert werden können (S. 5 f.).

### **E. 3.9**

Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierte am 11. Oktober 2011 eine posttraumatische Belastungsstörung nach Überfall auf der Arbeitsstelle (ICD-10 F43.1) und eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Sie berichtete, die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht zumutbar. Ihre Leistungsfähigkeit sei durch Ängstlichkeit und Depression stark reduziert. Für eine Wiedereingliederung in einem geeigneten Tätigkeitsfeld bestehe initial eine 20%ige Arbeitsfähigkeit, wobei eine Steigerung theoretisch möglich sei (Urk. 10/88).

### **E. 3.10**

Med. pract. E.\_\_\_\_ bestätigte am 28. Dezember 2011 (Urk. 10/94) die bereits mit Bericht vom 23. Dezember 2010 gestellten Diagnosen einer ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung und einer depressiven Störung mittleren Grades. Diese Beschwerden würden weiter eine Teilkausalität zum Überfall nachweisen. Es lasse sich bei der

Beschwerdeführer in zudem eine psychosomatische körperliche Überlagerung auf die traumatische Reaktion und möglicherweise eine wenig gefestigte Struktur der Persönlichkeit mit einer erhöhten Ängstlichkeit von fast psychotischem Ausmass mit paranoid-psychotisch ähnlicher Reaktion annehmen. Es sei naheliegend, dass die intrapsychischen Ressourcen der Beschwerdeführerin entweder kaum vorhanden oder nicht genug entwickelt seien, um aus eigener Kraft in der jetzigen Situation eine Besserung zu erzielen. Es sei zu vermuten, dass die ausgeprägte Ängstlichkeit der Beschwerdeführerin eine direkte Herangehensweise in der Behandlung der traumatischen Reaktion verunmögliche respektive durch die psychotherapeutischen Behandlungsbemühungen sogar zu einer partiellen Verschlimmerung der Beschwerden geführt habe. Somit sei das aktuelle psychische Zustandsbild als äusserst komplex zu betrachten und der aktuelle Zustand drohe zu chronifizieren. Die aktuelle Prognose sei dadurch eher als ungünstig zu erachten. Der SUVA-Psychiater führte weiter aus, die Komplexität des Beschwerdebildes bedürfe einer intensiven, spezialisierten und multimodalen Herangehensweise. Trotz der Ängste der Beschwerdeführerin, das Geschehen und dessen Folgen direkt zu betrachten, bestehe die Indikation zur Durchführung einer zusätzlichen spezialisierten traumaspezifischen Behandlung.

Diesbezüglich sei zu empfehlen, die Versicherte an der Traumasprechstunde

des G.\_\_\_\_ beziehungsweise der Klinik H.\_\_\_\_ vorzustellen. Des Weiteren bestehe die Möglichkeit einer weiteren Optimierung der pharmakologischen Medikation. Zudem sei die Bewertung der Teilarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auch im Sinne einer Ressourcen-mobilisierung zu empfehlen. Falls dies im freien Arbeitsmarkt nicht möglich sei, sei die Teilnahme an einem Programm einer Tagesklinik (ferner an einem Tageszentrum) zu empfehlen (S. 5 f.).

### **E. 3.11**

Nachdem Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die Beschwerdeführerin am 30. April 2012 im Auftrag der IV Stelle untersucht hatte, stellte er in seinem Gutachten vom 4. Mai 2012 (Urk. 10/115 /2-20) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

eine in Remission befindliche posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Den akzentuierten ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73) mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 11). Im Rahmen der Exploration habe sich – so der psychiatrische Experte – unter Einnahme sedierender Psychopharmaka eine müde und verhangen wirkende Beschwerdeführerin gezeigt. Sie spreche mit gut modulierter, aber etwas verwaschener Stimme. Ihre Grundstimmung sei deprimiert. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei jedoch nicht gravierend eingeschränkt. Die Beschwerdeschilderungen hätten einen gewissen appellativen

Charakter, wobei eine Tendenz zur Symptomausweitung und Selbstlimitierung nicht ganz ausgeschlossen werden könne. Akzentuierte ängstlich vermeidende Persönlichkeitszüge seien erkennbar. Die Gedächtnisfunktionen sowie Aufmerksamkeit und Konzentration seien infolge medikamentöser Sedierung klinisch leichtgradig beeinträchtigt. Das Antriebsverhalten sei, ebenfalls aufgrund der medikamentösen Sedierung, reduziert und die Psychomotorik verlangsamt. Insgesamt würden sich bei der Beschwerdeführerin noch Restsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zeigen (S. 12 f.). Dr. I.\_\_\_\_ führte weiter aus, ein gewisser therapieresistenter Verlauf werde sowohl im Bericht von

Dr. A.\_\_\_\_ als auch in dem der Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_

beschrieben . Das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung lasse sich – wie bereits ausgeführt – aktuell nicht mehr bestätigen. Auch eine gravierende depressive Störung sei nicht mehr erkennbar. Im Vordergrund stünden Psycho pharmaka-Nebenwirkungen und ängstlich vermeidende Persönlichkeitszüge. Es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn, der den Krankheitsverlauf

neben den akzentuierten Persönlichkeitszügen ungünstig beeinflusse . Dass die Symptome mehr als zwei Jahre nach dem Ereignis nicht weiter abgeklungen seien, spreche für die überwiegende Bedeutung anderer Faktoren. Allenfalls bestünden noch Symptome einer abklingenden posttraumatischen Belastungsstörung. Depressivität könne zwar im Zusammenhang mit einer abklingenden posttraumatischen Belastungsstörung auftreten, rechtfertige bei der Beschwerdeführerin aber nicht die Diagnose einer zusätzlichen affektiven Störung . Auf Nachfrage habe sie zudem angegeben , im Sommer 2011 mit ihrem Ehemann per Flugzeug nach J.\_\_\_\_ gereist zu sein und ihre Mutter besucht zu haben, was ihr beim Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung beziehungsweise depressiven Störung nicht möglich gewesen wäre (S. 13 f.).

Aus versicherungspsychiatrischer Sicht – so der Gutachter weiter – sei der Beschwerdeführerin seit dem Untersuchungsdatum in den bisher ausgeübten Tätigkeiten als Verkäuferin respektive Raumpflegerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. In einer dem psychischen Leiden angepassten Arbeit bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Prognostisch sei unter Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung und Dosisanpassung der sedierenden Psychopharmaka medizinisch-theoretisch innerhalb von sechs bis 18 Monaten eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands und damit der Arbeitsfähigkeit auf 100 % zu erwarten (S. 15 f.) .

### **E. 3.12**

Was die diagnostische Beurteilung betrifft, schloss sich Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungsmedizin SUVA, am 13. August 2012 ( Urk. 10/118) der Meinung des Psychiaters E.\_\_\_\_ an. In der Symptomatik und in den Befunden habe sich über die Zeit hinweg eine gewisse Verlagerung des Schwerpunkts hin zu einem eher angstbetonten klinischen Bild ergeben. Bis zum heutigen Tag würden Symptome aus den drei Hauptbereichen Intrusionen , Vermeidungsverhalten und Übererregbarkeit bestehen. Parallel dazu habe sich aber in erster Linie auf der körperlichen Ebene eine starke Chronifizierung der begleitenden Schmerz- und der vegetativen Problematik ergeben, die bisher therapeutisch praktisch nicht habe beeinflusst werden können . Es würden auch die Symptome zunehmen, die im Rahmen einer Angststörung verstanden werden könnten (S. 9 f.). Im Weiteren hätten sich die Bewältigungsstrategien der Beschwerdeführerin verstärkt und der Versuch, alle möglichen, die Erinnerung und das Wiedererleben hervorrufenden Auslöser zu vermeiden, scheinbar stärker denn je zu sein. Dies sei prognostisch sehr ungünstig. Der Rückzug in die Passivität und der Verzicht auf eigene Ressourcen, vor allem hinsichtlich der Sozialkontakte , könne auch als beginnende dauerhafte Modifikation der Persönlichkeit nach schwerem Trauma gedeutet werden. Zusammenfassend – so Dr. K.\_\_\_\_ weiter – handle es sich durchwegs um Symptome und Befunde, die oft nach Psychotraumata auftreten würden, deren genaue diagnostische Zuordnung aber das Vorliegen von vollständigen, aktuellen Untersuchungsergebnissen erfordern würden. Der Verlauf werde sicher auch von verschiedenen unfallfremden Faktoren (Persönlichkeit,

Migrationserfahrung, etc.) negativ beeinflusst. Es handle sich um eine etwas verfahrenere Situation mit einer klaren Tendenz zur Chronifizierung und einer damit verbundenen therapeutischen Ohnmacht. Worin die Ursache dieser Stagnation und Chronifizierung liege, bleibe unklar (S. 10 f.). Es scheine daher nicht nur notwendig, sondern geradezu dringlich, die Gesamtsituation in der Traumasprechstunde des G.\_\_\_\_ oder der Klinik H.\_\_\_\_ vorzustellen (S. 12).

### **E. 3.13**

Im Abschlussbericht über die Behandlung der Beschwerdeführerin vom 3. Mai bis am 16. Dezember 2012 in der Sprechstunde für Belastungsreaktionen des G.\_\_\_\_

vom 19. Februar 2013 (Urk. 10/126) diagnostizierte Dr. med. L.\_\_\_\_, Oberärztin, eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine schwere depressive Episode. Es sei versucht worden, im Rahmen einer traumafokussierten Therapie expositionell, sowohl imaginativ und in vivo, zu arbeiten. Es seien einige Expositionssitzungen durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin schrecke jedoch immer wieder davor zurück und habe sich nur schwer auf die Expositionen einlassen können. Expositionen in vivo, zum Beispiel alleine einkaufen gehen, seien von der Beschwerdeführerin nicht angenommen worden und nicht durchführbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe eine Atemübung nach Prolonged

Explosure zur Entspannung sowie die Gedankenstopp-Methode erlernt. Sie habe angegeben, dass ihr die Gespräche gut tun und sie entlasten würden. Die psychotraumalogische Symptomatik habe jedoch persistiert und es sei nur eine geringfügige Symptomreduktion eingetreten. Es habe zudem eine Körpertherapie vereinbart werden können. Diese sei von der Beschwerdeführerin gut aufgenommen worden und stelle einen neuen Zugang zu ihrem Erleben dar (S. 3 f.). Seit dem Unfall sei die Versicherte bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2).

### **E. 3.14**

Med. pract. E.\_\_\_\_ bestätigte anhand des Berichts über die Traumasprechstunde und unter Berücksichtigung der bisherigen psychiatrischen Beurteilungen sowie des Gutachtens von Dr. I.\_\_\_\_

am 22. April 2013 das Weiterbestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit einer depressiven Störung kombiniert. Die natürliche Teilkausalität zum erlebten Überfall sei weiter hin zu bejahen. Unabhängig der erwähnten Diagnose und der Behandlungsumstände sei anhand des gesamten Verlaufs gegenwärtig von einer Chronifizierung und Unveränderlichkeit der beschriebenen Symptomatik auszugehen. Die fehlenden intrapsychischen Ressourcen, die Sprachbarriere zusammen mit der erheblichen ängstlichen und traumatischen Symptomatik würden die Durchführung einer erfolgsversprechenden (teil-)stationären Behandlung verunmöglichen. Ausser der Durchführung einer Medikationsumstellung und der körperorientierten Therapie würden sich keine weiteren Massnahmen empfehlen lassen. Somit sei von einer Dauerhaftigkeit der unfallbedingten Symptomatik auszugehen (Urk. 10/129 S. 3 f.). 4.

### **E. 4**

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in

Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass es sich beim Überfall vom 9. Dezember 2009 um ein Schreckereignis im Sinne der dargestellten Rechtsprechung und damit um einen grundsätzlich Versicherungsleistungen nach UVG auslösenden Unfall gemäss Art. 4 ATSG handelt. Ebenfalls einig sind sich die Verfahrensbeteiligten darüber, dass der besagte Vorfall mindestens teilweise natürlich kausal verantwortlich zeichnet für die noch bestehenden psychischen Probleme der Beschwerdeführerin. Zu beurteilen ist demgegenüber, ob zwischen dem erwähnten Unfall und den beklagten Beeinträchtigungen ein adäquater Kausalzusammenhang gegeben ist.

#### **E. 4.2**

Aufgrund der medizinischen Akten steht fest, dass die somatischen Unfallfolgen – die Beschwerdeführerin erlitt eine Rippenkontusion dorsal links ( Urk. 10/5) –

im Vergleich zum erlittenen psychischen Stress

von untergeordneter Bedeutung waren. In therapeutischer Hinsicht war – soweit aktenkundig – alleine eine analgetische Medikation angezeigt ( Urk. 10/5, 10/9 und 10/17) , und die Beschwerdeführerin trat ihre Arbeit am 7.

Januar 2010 wieder zu 50 % an (Urk. 10/13 S. 1) . Nachdem die Ärzte der Notfallpraxis des Spitals Z.\_\_\_\_ bereits mit Arztzeugnis UVG vom 18. Januar 2010 den voraussichtlichen Behandlungsabschluss eine Woche nach Unfallereignis angegeben hatten (Urk. 10/9), berichtete

auch Dr. D.\_\_\_\_

am 16.

April 2010 , dass sich die belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der linken Schulter sowie des ganzen Rückens unter physikalischer Therapie deutlich zurückgebildet hätten und sie verwies betreffend die Frage der Wiederaufnahme der Arbeit einzig auf die Beurteilung der Psychiaterin Dr. A.\_\_\_\_ ( Urk. 10/25). Die Beschwerdeführerin selbst gibt denn auch in der Beschwerdeschrift an, an einer posttraumatischen Belastungsstörung mit einer depressiven Störung

kombiniert und damit einzig an psychischen Beeinträchtigungen zu leiden ( Urk. 1 S. 6) .

Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall an psychischen Beschwerden leidet. So diagnostizierten

Dr. A.\_\_\_\_ , die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ , med. pract . E.\_\_\_\_ , Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ eine posttraumatische Belastungsstörung und eine depressive Störung, die sich einzig in der Qualifikation der psychischen Symptomatik unterscheiden. Dr. I.\_\_\_\_ wiederum ging von einer sich in Remission befindlichen posttraumatischen Belastungsstörung und von akzentuierten ängstlich-vermeiden den Persönlichkeitszügen aus. Insgesamt kann damit festgehalten werden, dass bei m erlittenen Schreckereignis die psychische Stresssituation im Vordergrund gestanden hat, während den somatischen Beschwerden keine (entscheidende) Bedeutung beigemessen werden kann. Die Adäquanz zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall ist daher einzig nach der allgemeinen Formel zu beurteilen.

#### **E. 4.3**

Da die psychischen Unfallfolgen auf den Zeitpunkt der Adäquanzprüfung keine Auswirkung haben, ist – mit Blick auf das soeben Ausgeführte – nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per 31. Dezember 2013 vornahm (vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1). 5.

## 5.1

An den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen psychischen Beschwerden und so genannten Schreckereignissen werden hohe Anforderungen gestellt. So verneinte das Eidgenössische Versicherungsgericht (allerdings in Anwendung der Adäquanzkriterien von BGE 115 V 139

) im Fall einer Versicherten, die auf offener Strasse von einem Unbekannten angegriffen, zu Boden gedrückt und in Tötungsabsicht gewürgt worden war (wobei sie auch körperliche Beeinträchtigungen - Schrammen am Hals und Schmerzen in der Lendengegend - erlitt) die Adäquanz ebenso wie im Fall einer Frau bei einem nächtlichen Angriff eines alkoholisierten Mannes mit Beschimpfungen und Würgen, bei einer Kioskverkäuferin, die von zwei maskierten Männern unter Waffengewalt zur Öffnung der Verkaufskasse gezwungen worden war, bei einem Mann, der im Zusammenhang mit seinem Geschäft von einem unbekanntem Begleiter eines Kunden mit dem Messer bedroht und erpresst worden war (jedoch keine somatischen Verletzungen davontrug) und im Fall einer Spielsalonaufsicht, die nach Geschäftsschluss überraschend von einem Vermummten mit der Pistole bedroht und (ohne dass sie körperlich angegriffen worden wäre) zur Geldherausgabe gezwungen worden war. Es hielt dazu fest, dass die übliche und einigermaßen typische Reaktion auf solche Ereignisse erfahrungsgemäss darin besteht, dass zwar eine Traumatisierung stattfindet, diese aber vom Opfer in aller Regel innert einiger Wochen oder Monate überwunden wird

( vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_522/2007 vom 1. September 2008 E. 4.1 und 8C\_266/2013 vom 4. Juni 2013, je mit Hinweisen ). 5.2

Nicht anders verhält es sich im vorliegenden Fall, der in etwa vergleichbar ist mit demjenigen einer Kioskverkäuferin, die hinter dem Verkaufstresen von zwei jungen maskierten Männern mit einer Waffe bedroht und zur Öffnung der Verkaufskasse gezwungen worden war, ohne dass sie dabei körperliche Verletzungen erlitten hätte (vgl. E. 5.1 hievore [Urteil des Bundesgerichts 8C\_266/2013 vom 4. Juni 2013]). Dem Überfall, bei dem die Beschwerdeführerin mit einer Soft-Air-Waffe bedroht wurde, ist zwar eine gewisse Eindringlichkeit nicht abzuspüren und es ist auch nachvollziehbar, dass die Versicherte das Ereignis subjektiv als bedrohlich empfand, da der Arbeitsplatz im allgemeinen als ein geschützter Ort empfunden wird. Dennoch ist festzuhalten, dass der Überfall von einem einzelnen Täter ausging und die Beschwerdeführerin dabei nicht allein, sondern anfänglich in Begleitung der Tankstellenpächterin und später des Mitinhabers des Shops, einer weiteren Verkäuferin und eines Kunden war. Das Geschehen spielte sich innerhalb einer kurzen Zeitspanne ab, wobei weder die Beschwerdeführerin noch Drittbeteiligte längeren körperlichen und/oder psychischen Strapazen ausgesetzt waren (wie etwa Fesselung, Einsperren, Misshandlungen, starke Bedrohung, etc.). Ausserdem fiel kein Schuss und in die Handgreiflichkeiten beim Fluchtversuch des Täters war die Beschwerdeführerin nicht involviert (vgl. E. 3.1 hievore sowie Urk. 3/6 und Urk. 3/9). In Anbetracht dieser Gegebenheiten – und im Lichte der hievore dargelegten Kasuistik – stellt der fragliche Vorfall kein derart aussergewöhnliches Schreckereignis dar, dass daraus,

selbst unter Einbezug einer „weiten Bandbreite“ von Versicherten (vgl. E. 1.2), nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung eine länger als vier Jahre andauernde psychische Gesundheitsschädigung

einschliesslich

einer während dreier Jahre bestehender gänzlicher Arbeitsunfähigkeit resultierte, zumal das Bundesgericht selbst bei noch etwas grösserer Gewaltanwendung die Adäquanz verneint hatte.

Dies gilt umso mehr, als die Beschwerdeführerin vor dem Ereignis

unter keinen psychischen Problemen gelitten hatte (Urk. 10/115 S. 7). Auch das Erleben von Todesangst an sich vermag keine adäquate Kausalität zu begründen. Indem die Beschwerdegegnerin während mehr als vier Jahren Heilungskosten übernommen und während etwa dreieinhalb Jahren Taggeldleistungen ausgerichtet hat, hat sie im Übrigen der gesundheitlichen Situation der Beschwerdegegnerin nach dem Unfallereignis grosszügig Rechnung getragen. 6.

Nach dem Gesagten ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Überfall vom 9. Dezember 2009 und den psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung zu verneinen. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 31. Dezember 2013 einstellte. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

7.1

Da vorliegend die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt sind (vgl. Prozess-Nr. IV.2013.00832), ist der Beschwerdeführerin in Gutheissung des Gesuchs vom 3. Februar 2014 (Urk. 1 S. 3) Rechtsanwalt Luca Barmettler, Küsnacht am Rigi, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen. 7.2

Der mit heutigem Beschluss bestellte unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Luca Barmettler, macht mit seiner Honorarnote vom 21. Oktober 2015 (Urk. 12-13) einen Aufwand von 6.05 Stunden sowie Auslagen von Fr. 85.30 geltend, wofür ihm

bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer; bis 31. Dezember 2014) respektive Fr. 220.00 (zuzüglich Mehrwertsteuer; ab 1. Januar 2015) und unter Berücksichtigung einer Entschädigung von Fr. 0.50 pro kopierter Seite eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 1'364.90 (inklusive Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zuzusprechen ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 3. Februar 2014 wird der Beschwerdeführerin in der Person von Rechtsanwalt Luca Barmettler, Küsnacht am Rigi, ein unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Luca Barmettler, Küsnacht am Rigi, wird mit Fr. 1'364.90 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht

gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Luca Barmettler - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLocher

**E. 9**

ff.). 3.

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