

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00025 vom 16. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00025

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00025 du 16 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00025 del 16 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

8. Oktober 2011

per 1. September 2012 ein. Am 9. Oktober 2012 teilte sie dem Versicherten mit, dass die Heilkosten und Taggelder im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 19. Juli 2011 und 18. Oktober 2011 per 31. Oktober 2012 eingestellt würden (vgl. Urk. 2 S. 2 und Urk. 10/75).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 ist die Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 25. September 2015 (Unfallversicherung und Unfallverhütung) in Kraft getreten (AS 2016 4388). Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zu dieser Änderung werden die Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Allfällige Rentenleistungen werden allerdings unter bestimmten Bedingungen gekürzt (Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015). 1. 2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Un fallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % (Art. 8 des Bundesge setzes über den Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) invalid, so h at sie Anspruch auf eine Invali denrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspru ch entsteht, wenn von der Fort setzung der ärztlichen Behandlung kein e namhafte Besserung des Gesund heitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversi cherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehand lung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). 1.

E. 1.2

Am 17. Dezember 2012 kam es zu einer Schlägerei zwischen dem Beschwer - deführer und dem Vater seines Schwiegersohnes (vgl. die Schadenmeldung vom 20. Dezember 2012 [Urk. 10/1] sowie den Polizeirapport vom 16. Januar 2013 [Urk. 10/91 S. 3 ff.]) . Im Kurzb ericht des A. ___ vom 18. Dezember 2012 über die Erstbehandlung des Versicher ten vom 17. Dezember 2012 wurde die Diagnose

Status nach Schädelkontusion mit mehrfragmentärer Nasenbeinfraktur, Septumfraktur , Fraktur der Proc . frontales Os maxillaris

bds., Weichteilemphyse m mit geringer Beteiligung mediale Orbita bis Os zygomaticum links, Nasentamponade links gestellt (Urk. 10/24 S. 2-3). Dem Versicherten wurde sodann eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 17. bis am 19. Dezember 2012 attestiert (Urk. 10/9 S. 2). Er wurde medikamentös behandelt (Urk. 10/24 S. 3), operative Massnahmen waren nicht indiziert (Urk. 10/12 S. 2). Vom 8. bis 12. Januar 2013 befand sich der Versicherte im B.____ an der C.____ (Urk. 10/74) und vom 12. bis 18. Januar 2013 im B.____

der D.____ in stationärer Behandlung (Urk. 10/46 S. 2-3). Die S uva erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. Urk. 10/3).

Mit Verfügung vom 31. Mai 2013 (Urk. 10/43) kürzte die S uva die Taggeldleistungen im Zusammenhang mit der Schlägerei vom 17. Dezember 2012 um 50%

(ab Beginn des Anspruchs), wogegen der Versicherte am 25. Juni 2013 Einsprache erhob (Urk. 10/61). Nach weiteren Abklärungen zog die S uva

mit Mitteilung vom 1. November 2013 die Verfügung vom 31. Mai 2013 wieder zurück (Urk. 10/102). Mit Verfügung vom 9. Januar 2014 stellte die S uva die Versicherungsleistungen betreffend den Unfall vom 17. Dezember 2012 per 1. Februar 2014 ein. Zur Begründung wurde ausgeführt, die noch geklagten Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar, weshalb die Adäquanz zu prüfen sei. Diese sei gemäss BGE 115 V 133 zu verneinen (Urk. 10/113). Am 5. Februar 2014 erhob der Versicherte dagegen Einsprache

und beantragte die Weiterausrichtung der vollen Taggelder. Bei den geklagten Beschwerden handle es sich nicht nur um die Folgen des Unfalles vom 17. Dezember 2012, sondern auch um die Folgen der Unfälle vom 2. Februar 2011, 19. Juli 2011 und 18. Oktober 2011 (Urk. 10/138 S. 4-8; die se Einsprache ging bei der S uva unter und wurde dieser am 14. Oktober 2015 erneut eingereicht [vgl. Urk. 10/138 S. 1-3

und Urk. 10/145]). Mit Entscheid vom 21. Dezember 2015 wies die S uva die Einsprache des Versicherten vom 5. Februar 2014 ab (Urk. 2 [= Urk. 10/144]).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 25. Januar 2016 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen weiterhin auszurichten; eventuell sei die Sache zwecks Ergänzung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (insbesondere Prüfung eines Rentenanspruchs und eines Anspruches auf Integritätsentschädigung). In prozessualer Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 29. Februar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Verfügung vom 11. März 2016 wurde dem Beschwerdeführer Frist angesetzt, um das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zu substantiieren. Sodann wurde ihm die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 12). Mit Verfügung vom 4. April 2016 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege abgewiesen (Urk. 16).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Einspracheentscheid nach der von der Rechtsprechung gebildeten Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den Unfallereignissen

vom 19. Juli 2011, 18. Oktober 2011 und 17. Dezember 2012 sowie den psychischen Beschwerden (Urk. 2 S. 7 ff.). Ein Unfall vom 2. Februar 2011, wie in der Einsprache behauptet, sei nicht aktenkundig (Urk. 2 S. 6).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, die psychischen Beschwerden seien adäquat kausal zum Unfallereignis vom 17. Dezember 2012 (Urk. 1 S. 7). Die Beschwerdegegnerin habe die Adäquanztprüfung nach der falschen Rechtspraxis vorgenommen. Massgebend sei die Rechtspraxis bei Schreckereignissen (Urk. 1 S. 9 ff. mit Hinweis auf BGE 129 V 177). Die Beschwerdegegnerin habe zudem ihre Abklärungspflicht verletzt, indem sie keine weiteren Abklärungen zum psychischen Zustand des Beschwerdeführers mehr habe vornehmen lassen. Sie habe den Fall daher zu früh abgeschlossen (Urk. 1 S. 7 ff.).

E. 2.3

Den nachstehenden Erwägungen ist vorzuschicken, dass sich die vorliegende Beschwerde einzig gegen die Verneinung der Adäquanzt zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 17. Dezember 2012 richtet; der Beschwerdeführer hat das Ergebnis der Adäquanztprüfung hinsichtlich der am 19. Juli 2011 und 18. Oktober 2011 erlittenen Auffahrunfälle nicht beanstandet. 3.

E. 3

.2

Diese Beweisgrundsätze gelten auch in Fällen mit Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata und äquivalenten Verletzungen. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b). 1.

E. 3.1

Im Kurzbericht des A.____ vom 18. Dezember 2012 über die Erstbehandlung des Versicherten vom 17. Dezember 2012 wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 10/24 S. 2): - St. n. Schädelkontusion mit - mehrfragmentärer Nasenbeinfraktur - Septumfraktur - Fraktur der Proc. frontales Os maxillaris

bds. - Weichteilemphyse mit geringer Beteiligung mediale Orbita bis Os zygomaticum links - Nasentamponade links

- Hypertensive und rhythmogene Herzkrankheit mit/bei - arterieller Hypertonie - konzentrisch hypertrophem linkem Ventrikel (LVEF 50-50%), Echo 2005 - chronischem Vorhofflimmern - St. n. circumferentieller

linksatrialer Ablation 2005 - unter OAK - sensorisches Hemisyndrom links mit/bei - Vd.

a. St.

n. TIA und CVI 2008 - St. n. Burs ektomie

präpatellaris links vom 2.7.2012 bei - p osttraumatische r Bursitis präpatellaris links nach Sturz am 20.06.2012 Im Bericht wurde sodann festgehalten (Urk. 10/24 S. 2 f.) , es liege keine Amnesie vor. Übelkeit, Erbrechen sowie Kopfschmerzen beständen nicht. Es hätten sich keine Zeichen einer intrakraniellen Einblutung gezeigt. Die 24stündige Überwachung auf der Notfallstation habe sich unauffällig gezeigt. Der Beschwerdeführer werde sich zur ORL-ärztlichen Beurteilung fachärztlich vorstellen. Bis dahin werde eine symptomatische Therapie mit abschwellenden Massnahmen (Otrivin -Nasentropfen) verordnet und ein Schnuzverbot für 2 Wochen erteilt. Es erfolge eine bedarfsgerechte Analgesie (Urk. 10/24)

E. 3.2

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Hals-, Nasen - und Ohrenkrankheiten führte in seinem Bericht vom 21. Dezember 2012 aus, es bestehe eine Nasenbeinfraktur mit nur diskreter Dislokation, sodass im Moment keine operativen Massnahmen notwendig seien. Eine Nachkontrolle sei in sechs Monaten vorgesehen (Urk. 10/12 S. 2).

E. 3.3

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt in seinem Zwischenbericht vom 12. Januar 2013 fest, dem Beschwerdeführer gehe es in Bezug auf die organischen/somatischen Traumafolgen stetig besser. Aber psychisch sei er schwer angeschlagen und suizidal, sodass er ihn ins

B.____ an der C.____ überwiesen habe (Urk. 10/12 S. 1).

E. 3.4

Im Bericht des B.____ an der C.____

vom 12. Januar 2013 (Urk. 10/74) , wo der Beschwerdeführer vom 8.

bis 12. Januar 2013 hospitalisiert war, wurde in psychiatrischer Hinsicht die Diagnose „Anpassungsstörungen mit depressiver Reaktion“ (ICD-10 F43.2) gestellt sowie differentialdiagnostisch/ komorbid der Verdacht auf eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung geäußert. Im Bericht wurde sodann festgehalten, der Beschwerdeführer sei aufgrund einer schwierigen psychosozialen Belastungssituation und einer seit längerem bestehenden Schmerzproblematik zur Stabilisierung ins

B.____ eingetreten. Er habe bei Eintritt von einem körperlichen Überfall und anschliessendem Spitalaufenthalt sowie von Morddrohungen durch den Vater des Schwiegersohnes berichtet. In der Folge sei es zu einer Anzeige gekommen, jedoch sei der Vorfall bis heute ohne Konsequenzen geblieben. Seither habe der Beschwerdeführer keinen Kontakt mehr zu seiner Tochter, was zu Diskrepanzen mit seiner Ehefrau führe. Diese wolle, dass die Tochter zum Schutz in die gemeinsame Wohnung einziehe. Der Beschwerdeführer berichte, unter Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Ängsten um sich und seine Familie zu leiden. Zudem sei er durch die chronischen Schmerzen, aufgrund eines Schleudertraumas, sehr belastet und leide seit langem unter starken Schlafstörungen. Der Beschwerdeführer berichte von Suizidgedanken, könne sich aber glaubhaft und deutlich von Handlungsabsichten distanzieren.

E. 3.5

Im Austritts- und Überweisungsbericht des B.____ der D.____ vom 17. Januar 2013, wo der Beschwerdeführer vom 12. bis 18. Januar 2013 hospitalisiert war, wurden aus psychiatrischer Sicht die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 10/46 S. 2): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1) - i.R. einer posttraumatischen Belastungsstörung - DD Dysthymie - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Gewalterfahrung durch alkoholranke Mutter - Reaktivierung 17.12.12 anlässlich einer Verprügelung durch Verwandten und multiplen Schädelfrakturen Im Bericht wurde sodann ausgeführt (Urk. 10/46 S. 3), der Beschwerdeführer sei vom B.____ in G.____ zugewiesen worden, da er für die indizierte stationäre Weiterbehandlung (nach Ablauf der 5 Tage) ein Einzelzimmer gewünscht habe und dieses in der C.____ nicht vorhanden gewesen sei. Es seien depressive Symptome, vor allem Bedrücktheit, Verzweiflung und auch intermittierende Suizidgedanken, im Vordergrund

gestanden. Daneben seien Panikattacken und chronische Schmerzen

wechselnder Ausprägung und Intensität aufgetreten. Während des Aufenthalts hätten sich zudem ausgeprägt quälende Intrusionen mit hohem Bedürfnis, diese zu thematisieren und zu erzählen, teilweise auch mit

theatralischem Begleitaffekt und katastrophisierenden Kognitionen, manifestiert. Die Suizidalität sei bestehen geblieben, der Beschwerdeführer sei jedoch absprachefähig gewesen. Die Weiterbehandlung sei dringend indiziert

mit dem Ziel der medikamentösen Optimierung, der Initiierung einer suffizienten ambulanten Therapie mit

Fokus Traumatherapie (mit oder ohne Traumaexposition) und gegebenenfalls Thematisierung der gegenwärtigen konfliktreichen

familiären Verhältnisse.

E. 3.6

Dr. F.____ stellte in seinem Zwischenbericht vom 19. März 2013 die Diagnosen chronisches posttraumatisches Cervicalsyndrom sowie reaktive Depression nach Trauma vom 17. Dezember 2012 und führte aus, die 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei Folge des Traumas vom 17. Dezember 2012 (Urk. 10/26 S. 1).

E. 3.7

Im Bericht der C.____, Zentrum für Soziale Psychiatrie, Ambulatorium

H.____, vom 31. Mai 2013 (Urk. 10/47) wurde

eine mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) diagnostiziert. Sodann wurde festgehalten, der Beschwerdeführer berichte, dass er im Rahmen seiner Tätigkeit als Taxifahrer in mehrere Auffahrunfälle verwickelt worden sei, zuletzt im Oktober 2010 (richtig: 2011). Ein Bus sei ihm hinten in sein Taxi gefahren. Als Folge dieses Auffahrunfalls sei ärztlich ein Schleudertrauma diagnostiziert worden. Der Beschwerdeführer gebe an, dass er aber auch als Folge der vorherigen Unfälle zunehmend unter chronischen Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule leide. Gleichzeitig sei es zur zunehmenden Entwicklung einer

depressiven Störung gekommen. Am 17. Dezember 2012 sei er

vom Vater des Schwiegersohnes tätlich angegriffen worden,

was er als ein sehr bedrohliches Erlebnis wahrgenommen habe. Seitdem leide er unter ausgeprägter

Niedergestimmtheit, Antriebsstörungen und deutlichen Schlafstörungen, weshalb er seitdem aus ärztlicher Sicht 100%ig arbeitsunfähig sei. Der Beschwerdeführer erscheine zu regelmässigen psychotherapeutischen Einzelsitzungen im Ambulatorium.

Zusätzlich sei er ersucht worden, ihn psychopharmakologisch einzustellen: medikamentöse Eindosierungen

nacheinander von Lyrica, Cipralext und Sertralin

seien fehlgeschlagen, da bei allen Präparaten im

Verlauf für den Beschwerdeführer nicht zu tolerierende unerwünschte Wirkungen aufgetreten seien. Zurzeit erhalte er keine Medikation durch das Ambulatorium.

Zusammenfassend bestehe beim Beschwerdeführer eine depressive Entwicklung als Folge rezidivierender

Autounfälle mit wiederholt erlebter Gefahr für seine Person sowie ein chronisches Schmerzsyndrom,

welches ausserdem die depressive Entwicklung ungünstig bedinge. Er gebe an, dass er den tätlichen Angriff des Verwandten als eine sehr schwere Bedrohung für sein Leben erlebt habe, die zu einer Verschlechterung seiner Gesamtsituation geführt habe.

E. 3.8

Im Bericht des I.____, Institut für Anästhesiologie, vom 1. Juli 2013 wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 10/64 S. 1): - cervico-cephales Schmerzsyndrom - DD Whiplash, bei St.n. mehreren Auffahrunfällen, zuletzt 10/2010 (richtig 10/2011) - Rx HWS

vom 24.04.2013: - degenerative Veränderungen mit anterioren

Spondylophytenbildungen in den Segmenten HWK 2/3, HWK 4/5, HWK 5/6 und HWK 6/7 - Verdacht auf Thoracic-outlet Syndrom rechts - mittelgradige depressive Episode - laufende psychiatrische Behandlung - rhythmogene Herzkrankheit - Sick Sinus Syndrom und paroxysmales VHFli - Implantation eines Herzschrittmachers - Medtronic Reveal - DDDR - unter OAK mit Marcoumar - arterielle Hypertonie Weiter wurde im Bericht festgehalten (Urk. 10/64), differentialdiagnostisch sei eine facetäre Pathologie im Bereich der oberen HWS als mögliche Ursache der aktuellen cervico-cephalen Schmerzproblematik durchaus wahrscheinlich.

Hinweise dafür würden die konventionell-radiologischen Untersuchungen liefern, welche degenerative Veränderungen im Bereich der HWS zeigten. Es bestehe sodann eine ausgeprägte myofasziale

Druckdolenz. Eine korrekte Untersuchung der cervikalen Facettengelenke sei schmerzbedingt nicht abschliessend möglich gewesen. Aus schmerztherapeutisch-anästhesiologischer Sicht könnten dem Beschwerdeführer zur Zeit keine sinnvollen therapeutischen Optionen angeboten werden, sodass die Behandlung vorerst sistiert werde.

E. 3.9

Der beratende Arzt, Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Chirurgie, hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 24. bzw. 25. Juli 2013 fest, bei bildgebend fehlenden traumatisch bedingten Läsionen bestehe aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit betreffend die psychischen Beschwerden sei von einem Psychiater zu beurteilen (Urk. 10/75).

E. 3.10

Dr. F.____ stellte in seinem Zwischenbericht vom 15. August 2013 die Diagnosen reaktive Depression nach Trauma vom 17. Dezember 2013 (richtig: 2012) und chronisches Cervicalsyndrom nach diversen Traumen (Urk. 10/85).

E. 3.11

In seiner Aktenbeurteilung vom 21. August 2013 hielt Dr. J.____ fest, es seien keine bleibenden organischen Schäden vorhanden. Der medizinische Endzustand der somatischen Beschwerden sei erreicht (Urk. 10/86).

E. 3.12

Im Bericht der C.____, Zentrum für Soziale Psychiatrie, Ambulatorium H.____, vom 8. November 2013 (Urk. 10/106) wurden aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige depressive Episode, gegenwärtig teilremittiert (ICD-10 F32.1), sowie aktenanamnestisch eine chronifizierte

posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) aufgrund schwerster Traumatisierungen in Kindheit und Jugend (anamnestisch keine Intrusionen mehr als Erwachsener bis vor ca. 3 Jahren) diagnostiziert. Weiter wurde im Bericht festgehalten (Urk. 10/106), der Beschwerdeführer sei in K.____ geboren worden und gemeinsam mit seinem älteren Bruder und seiner älteren Schwester überwiegend bei seiner Mutter aufgewachsen, da der Vater aus beruflichen Gründen selten zu Hause gewesen sei. Seine Kindheit beschreibe der Beschwerdeführer als sehr schwierig. Die Mutter

sei alkoholabhängig gewesen und habe die Kinder regelmässig geschlagen. Der Beschwerdeführer sei heute verheiratet, habe drei erwachsene Kinder und lebe mit der Ehefrau zusammen. Es bestehe eine schwierige familiäre Situation mit der Schwiegerfamilie seiner Tochter. Am

17.12.2012 sei es in diesem Zusammenhang zu einer tätlichen Auseinandersetzung zwischen ihm und dem Schwiegervater seiner Tochter gekommen. Er sei unvermittelt von

der sem
angegriffen worden und habe dabei mehrere Gesichtsfrakturen erlitten. Seither klagt er über eine depressive Symptomatik mit Angstzuständen (Urk. 10/106 S. 2). Aktuell nehme der Beschwerdeführer als Bedarfsmedikation

Lorazepam (Temesta) ein, was von ihm gut toleriert werde. Es zeige sich auch ohne medikamentöse Unterstützung erfreulicherweise eine Verbesserung der depressiven Symptomatik. Nach einem mehrwöchigen Aufenthalt in K.____ im August und September 2013, wo der Patient einen Aufenthalt in einer Kurklinik wahrgenommen habe, habe eine weitere Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes erzielt werden können.

Grundsätzlich sei die Prognose bei adäquater Therapie günstig, sodass mit einer Vollremission der depressiven Symptomatik zu rechnen sei (Urk. 10/106 S. 3). 4. 4. 1

Im Zusammenhang mit den beim Angriff vom 17. Dezember 2012 erlittenen somatischen Verletzungen, insbesondere der Schädelkontusion und der Nasenbeinfraktur (E. 3.1), ist darauf hinzuweisen, dass sich die Behandlung in Bezug auf die Nasenbeinfraktur auf eine symptomatische Therapie mit abschwellenden Massnahmen (Otrivin-Nasentropfen) sowie eine bedarfsge rechte Analgesie beschränkte (E. 3.1). Eine operative Massnahme wurde nicht notwendig (E. 3.2). Dr. F.____ hielt in seinem Zwischenbericht vom 12. Januar 2013 denn auch fest, dem Beschwerdeführer gehe es in Bezug auf die organischen/somatischen Traumafolgen stetig besser (E. 3.3). In der Folge berichteten die behandelnden Ärzte auch nicht mehr über Beschwerden im Zusammenhang mit der erlittenen Nasenbeinfraktur; es imponierten aus somatischer Sicht chronische Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule (vgl. insbesondere E. 3.6, E. 3.8 und E. 3.10). Die seit den Schmerzen, welche der Beschwerdeführer bereits vor dem tätlichen Angriff vom 17. Dezember 2012 beklagt hatte, führte er nach eigenen Angaben auf die in der Vergangenheit erlittenen Schleudertraumata zurück und nicht auf den tätlichen Angriff (vgl. E. 3.4 und E. 3.7).

Im Zusammenhang mit den Auffahrunfällen vom 19. Juli 2011 sowie 18. Oktober 2011 war dem Beschwerdeführer im Anschluss an die Konsultation in der Z.____ vom 20. Juni 2012 aber bereits ab dem 1. September 2012 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden (Urk. 2 S. 2). Es ist daher davon auszugehen, dass den

noch immer geklagten, unveränderten Beschwerden im Bereich der HWS ein traumatisch bedingtes organisches Korrelat fehlt. Es erscheint daher nachvollziehbar, dass Dr. J.____ in seinen Aktenbeurteilungen vom 24./ 25. Juli 2013 (E. 3.9) sowie vom 21. August 2013 (E. 3.11) davon ausging, bei bildgebend fehlenden traumatisch bedingten Läsionen bestehe aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit.

Es seien keine bleibenden organischen Schäden vorhanden, und der medizinische Endzustand der somatischen Beschwerden sei erreicht. Diese Einschätzung überzeugt auch mit Blick auf den Bericht des I.____, Institut für Anästhesiologie, vom 1. Juli 2013 (E. 3.8). Die Ärzte führten darin aus, eine facettäre Pathologie im Bereich der oberen HWS als mögliche Ursache der aktuellen cerviko-cephalen Schmerzproblematik sei durchaus wahrscheinlich. Sie begründeten dies aber nicht mit traumatisch bedingten Läsionen, sondern mit degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und hielten sodann fest, es bestehe eine ausgeprägte myofasziale

Druckdolenz (Urk. 10/64). Es ist darauf hinzuweisen, dass Schmerzen, Druckdolenz und klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] U 9/05 vom 3. August 2005 E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2 sowie 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3).

Nach dem Gesagten erweist sich der Fallabschluss per 1. Februar 2014 als rechtens.

E. 4

.3

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117

V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzu beziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/ aa und 367 E. 6a). 1.

E. 4.2

Ob die noch geklagten Beeinträchtigungen in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis vom 17. Dezember 2012 stehen (was aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen wohl eher zu verneinen wäre), kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist – anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingten organischen Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen) – eine besondere Adäquanztprüfung vorzunehmen.

Ob die Adäquanztprüfung nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) oder nach den für die Folgen eines Schleudertraumas der HWS, eines Schädelhirntraumas oder einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Regeln zu erfolgen hat, kann ebenfalls offen bleiben, da auch die Beurteilung nach letzterer Praxis – wie im folgenden zu zeigen ist – zur Verneinung der Adäquanzt führt.

E. 4.3

.3

Demzufolge ist mangels Vorliegens von mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien in einfacher Form oder eines Adäquanzkriteriums in besonders ausgeprägter Form ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 17. Dezember 2012 und den psychischen Beschwerden zu verneinen. 4. 4

E. 4.4

.4

Der vorliegend zu beurteilende Angriff erfolgte zwar unvermittelt, und der Beschwerdeführer wurde von seinem Angreifer mit der Faust ins Gesicht geschlagen. Beim Angreifer handelte es sich aber nicht um einen Unbekannten, sondern um den Vater des Schwiegersohnes, mit welchem der Beschwerdeführer im Streit lag. Dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Angriffs annehmen musste, dieser handle in Tötungsabsicht, davon ist nicht auszugehen (Urk. 10/91 S. 15). Denn wenn der Beschwerdeführer um sein Leben gefürchtet hätte, wäre er in dem Moment, als er seinen Angreifer nach eigenen Angaben zu Fall gebracht hatte, vom Ort des Geschehens geflohen und hätte nicht zu gewartet, bis sich dieser wieder erhoben hätte

(Urk. 10/91 S. 15). Dass der Vater des Schwiegersohnes möglicherweise tatsächlich in Tötungsabsicht gehandelt hatte, erfuhr der Beschwerdeführer – wie er selbst aus sagt – ,

von seinem Schwiegersohn erst nach dem Angriff. Dieser soll dem Beschwerdeführer gegenüber berichtet haben, sein Vater habe ihm ein Jahr zuvor mitgeteilt, er plane, den Beschwerdeführer umzubringen. Auf die Frage des Beschwerdeführers, weshalb ihm dies nie mitgeteilt worden sei, habe sein Schwiegersohn erwidert, er hätte dies von seinem Vater nicht erwartet; er sei ja oft betrunken (Urk. 10/91 S. 16). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in vergleichbaren Fällen (vgl. E. 4.4 .3)

ist der hier zu beurteilende Angriff vom 17. Dezember 2012 als

nicht geeignet zu betrachten, selbst unter Einbezug einer "weiten Bandbreite" von Versicherten, nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung eine länger als ein Jahr andauernde psychische Gesundheitsschädigung samt gänzlicher Arbeitsunfähigkeit auszulösen. 4. 4 .5

Fraglich erscheint, ob dies auch für den Beschwerdeführer zu gelten hat, der nach eigener Darstellung in seiner Kindheit von seiner Mutter wiederholt unter Alkohol einfluss geschlagen worden war (vgl. E. 3.12). Eine psychische Vorbelastung ist damit zwar anzunehmen, doch zeigte sich eine depressive Symptomatik beim Beschwerdeführer gemäss Bericht der C.____ vom 8. November 2013 erst ab circa Dezember 2011 (das heisst mit etwa 56 Jahren) vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation sowie diverser körperlicher Erkrankungen (Urk. 10/106 S. 1 und S. 3). Nachdem der Beschwerdeführer über Jahrzehnte offensichtlich nicht mit depressiven Zuständen zu kämpfen und bis 2012 viele Jahre als Taxifahrer gearbeitet hatte (Urk. 10/106 S. 2), kann nicht von einem massiv beeinträchtigten Vorzustand ausgegangen werden, welcher zwingend eine Fehlverarbeitung des am 17. Dezember 2012 erlittenen Angriffs bewirkt hätte. Die Ärzte gingen denn auch

bereits am 8. November 2013 (d.h. knapp drei Monate vor dem Fallabschluss) davon aus, die Prognose sei bei adäquater Therapie günstig, sodass mit einer Vollremission der depressiven Symptomatik zu rechnen sei (Urk. 10/106 S. 3). 4. 4 .6

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin, indem sie dem Beschwerdeführer während mehr als einem Jahr Versicherungsleistungen ausgerichtet hat, obwohl aus somatischer Hinsicht keine erheblichen Verletzungen vorgelegen hatten, der besonderen Situation des Beschwerdeführers in ausreichendem Masse Rechnung getragen. Der Angriff vom 17. Dezember 2012 kann im Hinblick auf die allgemeine Erfahrung, dass ein Opfer ein solches Erlebnis, bei welchem insbesondere weder es selbst noch eine Drittperson erhebliche körperliche Schäden erlitten hat und das Schreckenerlebnis nur von relativ kurzer Dauer war, in der Regel mit fortlaufender Zeit überwindet, nicht als derart aussergewöhnlich qualifiziert werden, dass die Adäquanz ausnahmsweise zu bejahen wäre.

E. 4.5

Da es sich bei der Frage des adäquaten Kausalzusammenhangs um eine Rechtsfrage handelt, die alleine von der Verwaltung resp. im Beschwerdefall vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 117), sind weitere medizinische Abklärungen im Hinblick auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht zu veranlassen.

E. 4.6

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin für die vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen mangels adäquaten Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Unfallereignis vom 17. Dezember 2012 nicht über den 1. Februar 2014 hinaus leistungspflichtig. Es besteht weder ein Rentenanspruch noch ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Es wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstMuraro

E. 5

Die Rechtsprechung geht in Bezug auf die Würdigung von ärztlichen Berichten, welche der Unfallversicherer im Administrativverfahren einholt, seit je davon aus, dass dieser, solange er in einem konkreten Fall noch nicht Prozesspartei ist, als Verwaltungsorgan dem Gesetzesvollzug dient. Wenn die vom Unfallversicherer beauftragten Ärzte und Ärztinnen zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch solchen Gutachten folgen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 104 V 209 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312). 2.

E. 09

vom 31. August 2010 E. 4.2.1 [eine Frau wurde von ihrem damaligen Freund geschlagen und gewürgt, sodass sie unter anderem eine commotio cerebri und ein Würgetrauma am Hals erlitt]. 4. 3 .2

Bei der Einordnung des Unfalls als mittelschwer im engeren Sinne kann die Adäquanz nur dann bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien in einfacher Form erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (BGE 134 V 109 E. 10.3). Vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer unvermittelt angegriffen und von einem Faustschlag ins Gesicht getroffen

wurde, ist das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände/besonderen Eindrücklichkeit als gegeben anzusehen, wenn auch nicht in besonders ausgeprägter Form. Sämtliche der als mittelschwer qualifizierten Unfälle weisen eine gewisse Eindrücklichkeit auf, sodass allein daraus noch nicht auf eine besondere Ausprägung geschlossen werden kann. Der Beschwerdeführer zog sich körperliche Verletzungen, insbesondere eine Schädelkontusion und eine Nasenbeinfraktur, zu. Die Nasenbeinfraktur stellte keine erhebliche Verletzung dar (vgl. E. 4.1). Die Diagnose eines Schleudertraumas, eines leichten Schädelhirntraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule – wobei fraglich erscheint, ob die vorliegend gestellte Diagnose einer Schädelkontusion in diese Kategorie fällt – vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein auch nicht zu begründen. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Bedeutsam können auch erhebliche Verletzungen sein, welche sich die versicherte Person beim Unfall neben dem Schleudertrauma zugezogen hat. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung betrifft in erster Linie aber die erfahrungsgemässe Eignung, eine intensive, dem typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumata entsprechende Symptomatik zu bewirken. Allgemeiner Erfahrung entspricht, dass pathologische Zustände nach Verletzungen der Halswirbelsäule bei erneuter Traumatisierung stark exazerbieren können. Eine Distorsion einer bereits durch einen früheren Unfall vorgeschädigten Halswirbelsäule ist daher grundsätzlich geeignet, die typischen Symptome hervorzurufen, weshalb sie als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2008 vom 16. Februar 2009 E. 4.4). Eine entsprechende Qualifikation der erlittenen Verletzung rechtfertigt sich indessen nur bei Vorliegen einer erheblich vorgeschädigten Wirbelsäule (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_736/2009 vom 20. Januar 2010 E. 4.3.2, 8C_226/2009 vom 6. November 2009 E. 5.3.2, 8C_759/2007 vom 14. August 2008 E. 5.3 und 8C_61/2008 vom 10. Juli 2008 E. 7.3.2). Es liegen bildgebend festgestellte degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule vor (E. 3.8). Diese führten im Zeitpunkt des Unfalls jedoch zu keiner Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, zumal dem Beschwerdeführer auch nach den beiden Auffahrunfällen vom 19. Juli 2011 und

18. Oktober 2011

ab dem 1. November 2012 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden war (vgl. Urk. 2 S. 6). Es ist deshalb nicht davon auszugehen, dass die Wirbelsäule dermassen erheblich vorgeschädigt war, dass die am 17. Dezember 2012 erlittene Schädelkontusion als Verletzung besonderer Art qualifiziert werden könnte. Der Beschwerdeführer klagte überdies nach dem 17. Dezember 2012 nicht über verstärkt aufgetretene Beschwerden an der HWS. Vielmehr führte er diese selber auf die Auffahr unfälle vom 19. Juli 2011 und 18. Oktober 2011 zurück (vgl. E. 4.1). Damit ist das Kriterium der Schwere und besonderen Art der Verletzung aber zu verneinen. Die Art der Verletzungen war denn auch nicht geeignet, eine psychische Fehlentwicklung hervorzurufen, wobei anzumerken ist, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall unter psychischen Beschwerden gelitten hatte. Schliesslich sind auch die Kriterien der ärztlichen Fehlbehandlung, des schwierigen Heilungsverlaufs, der erheblichen Komplikationen, der belasten den ärztlichen Behandlung sowie der erheblichen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt.

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