

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00075

vom 15. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00075

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00075 du 15 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00075 del 15 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962, arbeitete seit dem 1. Oktober 2008 als Crew-Aus hilfe bei der Y.____ und war dadurch bei der AXA Versicherun gen AG (AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 27. September 2009 war die Versicherte mit einer Kollegin in den frühen Mor genstunden in einer Bar in Zürich-Oerlikon, als sie auf dem Weg zur Toilette sah, wie ein Mann und eine Frau etwas austauschten. Daraufhin wurde sie von mehreren Männern tätlich angegriffen (Unfallmeldung UVG vom 14. Oktober 2009, Urk. 15/A1; vgl.

auch Schadeninspektorenbericht vom 9. Dezember 2010, Urk. 15/A35, und Urteil des Obergerichts des Kantons Zürich vom 5. April 2013, Urk. 15/P1/15-21). Nach Überführung in die Klinik für Unfallchirurgie des Z.____ stellte die behandelnde Ärztin (1) eine Commotio cerebri, (2) eine akute Belastungsstörung, (3) eine offene Nasenbein fraktur, (4) eine Septumfraktur und (5) Kontusionen der Ellbogen beidseits fest (Urk. 15/M1). Nach zweitägiger neurologischer Überwachung wurde die Versi cherte am 29. September 2009 per fürsorgerische Freiheitsentziehung wegen Selbstgefährdung in die A.____ über wiesen, wo sie bis zum 23. Oktober 2009 hospitalisiert war (Urk. 15/M6). Die AXA erbrachte Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen. Mit Schreiben vom 26. Februar 2010 kündigte die Y.____ das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten per 31. März 2010 (Urk. 15/A11). Vom 28. Juli bis zum 20. August 2010 (B.____; Urk. 15/M15), vom 20. bis zum 27. Oktober 2010 (A.____; Urk. 15/M54) und vom 27. bis zum 28. Januar 2012 (A.____; Urk. 15/M55) wurde die Versicherte erneut in psychiatrischer Hinsicht stationär behandelt. Am 28. Juni 2012 erstattete die C.____ im Auftrag der AXA ein polydis ziplinäres Gutachten (Urk. 15/M50; vgl. auch ergänzende Stellungnahme der C.____ vom 19. September 2012, Urk. 15/M51). Vom 4. bis zum 8. April 2013 (Urk. 15/M56) und vom 22. April bis zum 2. Mai 2014 (Urk. 15/M57) folgten zwei weitere stationäre Aufenthalte der Versicherten in der A.____. Am 7. Juli 2015 erstattete Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag der AXA ein Gutachten (Urk. 15/M58). Mit Verfügung vom 29. September 2015 stellte die AXA die Leistungen per 30. September 2011 ein (Urk. 15/A160). Die dagegen von der Versicherten am 6. November 2015 erho bene Einsprache (Urk. 15/A176) wies die AXA mit Entscheid vom 11. Februar 2016 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesge setzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfall versicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 27. September 2009 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 1.3

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 des Versicherten sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer über raschenden 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 Tatsachen, 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 mit Hinweisen).

E. 1.4

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise 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 entfiel (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 blosse 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. 1.5

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/aa). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des

Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des S tatus quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der S tatus quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 14. März 2016 Beschwerde mit folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2): 1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 2016 sei aufzuheben. 2. Es sei eine Oberbegutachtung der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Diagnose ihres psychischen Vorzustandes bzw. hinsichtlich der Kausalität zwischen Unfallereignis und aktuellem psychischem Zustand durch einen AXA Versicherungen AG unabhängigen Gutachter vorzunehmen. 3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu lasten der Beschwerdegegnerin.

In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 14 S. 2), was der Beschwerdeführerin am 15. Juni 2016 angezeigt wurde (Urk. 16).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass Dr. D.____ in seinem Gutachten die Hauptdiagnose einer Borderline-Störung gestellt habe. Sowohl diese Hauptdiagnose als auch die gestellten Nebendiagnosen seien nachvollziehbar. Dr. D.____ habe sich eingehend mit den abweichenden Meinungen der behandelnden Ärzte und der Gutachter der C.____ befasst und insbesondere aufgezeigt, weshalb er die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht bestätigen könne. Im Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass der natürliche Kausalzusammenhang bei einem krankhaften Vorzustand nicht nur dann dahinfalle, wenn der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe (Status quo ante), erreicht sei, sondern auch dann, wenn derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht sei. Selbst wenn man aber vom Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs ausginge, müsste eine weitere Leistungspflicht aufgrund des Fehlens eines adäquaten Kausalzusammenhangs, der anhand der Praxis bei Schreckereignissen zu beurteilen sei, verneint werden. Angesichts der diesbezüglichen Kasuistik, etwa bei einem Raubüberfall

durch drei Täter mit Schusswaffen (Terminierung nach 18 Monaten, Urteil des Bundesgerichts U 593/06 vom 14. April 2008), einem nächtlichen Angriff durch einen alkoholisierten Mann mit Würgen und Beschimpfen (Adäquanz verneint, Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 390/04 vom 15. April 2005) oder bei einem Versicherten, welcher von zwei unbekanntem Jugendlichen unvermittelt angegriffen, gewürgt und mit einem gezielten Faustschlag traktiert worden sei (Adäquanz verneint, Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2012. 00117 vom 24. September 2013), erscheine es jedenfalls gerechtfertigt, von einer Terminierung per Ende September 2011 auszugehen (Urk. 2 S. 10 ff.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, dass der Angriff bzw. das Unfallereignis vom 27. September 2009 eine gut sichtbare Narbe an ihrer Nase hinterlassen und verschiedenste Schmerzen am ganzen Körper verursacht habe. Noch viel schwerer wiege aber ihre seither bestehende desolante psychische Verfassung. Sämtliche Vorärzte inkl. der C.____-Gutachter hätten eine PTBS festgestellt, welche auf das Unfallereignis vom 27. September 2009 zurückzuführen sei. Die von Dr. D.____ gestellte Hauptdiagnose einer Borderline-Störung sei nicht nachvollziehbar. Zunächst steche ins Auge, dass Dr. D.____ seine Diagnose(n) aus eigentlichen Nebenschauplätzen bzw. -befunden hergeleitet habe. So sei wenig plausibel, dass er die begründete Angst der Beschwerdeführerin vor einer Entführung der Tochter als psychopathologisch eminenten Belastungsfaktor qualifiziert habe. Im Weiteren habe Dr. D.____ einzig aus dem Umstand, dass sie im Rahmen einer Hospitalisation aus dem Bett gefallen sei, auf störende Verhaltensauffälligkeiten geschlossen. Diese Konklusion sei umso fraglicher, als dieser Zwischenfall – und diesbezüglich auch das Verhalten der involvierten Pflegefachfrau – gar nicht genau geklärt sei. Die von Dr. D.____ exemplifikatorisch behandelten Themenkreise (Entführungsangst, aus dem Bett fallen etc.) seien denn auch von keinem der vorbehandelnden Ärzte erwähnt bzw. als derart relevant eingestuft worden. Dass sämtliche mit der Beschwerdeführerin vorbefassten Ärzte derart fahrlässig – um nicht zu sagen in Verletzung ihrer ärztlichen Abklärungspflicht – vorgegangen seien, erscheine jedoch unwahrscheinlich. Sodann habe Dr. D.____ auch ohne Begründung behauptet, dass bei der Beschwerdeführerin eine markante Störung der Emotionsregulierung vorliege. Dies, obschon Dr. med. E.____,

Oberärztin des F.____ der A.____, die Auslösung affektiver Krisen an wechselnden Umständen festgemacht habe und diese als Ausnahmestände bezeichnet habe. Betreffend die Frage, wann der Status quo sine eingetreten sei, habe sich Dr. D.____ ausschliesslich auf die allgemeine klinische Erfahrung gestützt, wonach solche Verschlimmerungen in der Regel nach zwei Jahren abgeklungen seien. Dies, ohne zu berücksichtigen, dass die nach dem Unfallereignis aufgetretene Verschlimmerung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin effektiv keinesfalls abgeklungen sei. Angesichts der nicht mehr behandelbaren, psychisch-bedingten und unfallkausalen vollen Erwerbsunfähigkeit habe sie Anspruch auf Ausrichtung von Rentenleistungen sowie einer Integritätsentschädigung. Eventuell werde beantragt, dass eine Oberbegutachtung des Gesundheitszustands vorzunehmen sei (Urk. 1 S. 5 ff.).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Nachdem die Beschwerdeführerin am 27./28. September 2009 in der Klinik für Unfallchirurgie des Z.____ erstversorgt worden war (Urk. 15/M1), stellten die Ärzte der Krankenstationen der A.____ nach dem stationären Aufenthalt vom 29. September bis zum 23. Oktober 2009 im gleichentags erstellten Kurzaus trittsbericht zuhanden von Dr. E.____ folgende Diagnosen (Urk. 15/M10/2): (1) eine Anpassungsstörung im Sinne einer akuten traumatischen Belastungsreaktion (ICD-10 F43.23) (2) ein Verdacht auf eine beginnende Somatisierungsstörung (ICD-10 F45; posttraumatische Schmerzen, vor allem linke Schulter) (3) vorbestehend mittelgradige depressive Episode bei anhaltender psychosozialer Belastung (ICD-10 F32.11) (4) Status nach tätlichem Angriff mit einer Faustwaffe am 27. September 2009 (ICD-10 X93) mit: - Commotio cerebri (zweitägige Somnolenz und Überwachung im Z.____), persistierenden Kopfschmerzen - offener Nasenbeinfraktur - Halswirbelsäulen-(HWS-)Distorsion - multiplen Kontusionen, vor allem Ellbogen und linke Schulter mit anhaltenden Schmerzen - posttraumatischer Akkomodationsstörung und corneae guttatae, mit Lesebrille versorgt

Die Ärzte der A.____ erklärten, dass sich die Beschwerdeführerin bereits vor dem überraschenden Angriff in einer depressiven, erschöpften, finanziell prekären Situation als alleinerziehende Mutter einer 11-jährigen Tochter mit einer stressigen Anstellung im Stundenlohn befunden habe. Seit dem Überfall habe sie täglich Schmerzen, Intrusionen und Alpträume (Urk. 15/M10/2).

E. 3.2

Dr. E.____ diagnostizierte im Bericht vom 29. Januar 2010 (1) eine PTBS (ICD-10 F43.1) nach tätlichem Angriff mit Faustwaffe am 27. September 2009 und (2) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Die Beschwerdeführerin komme zu wöchentlichen Konsultationen in ihr Ambulatorium. Der Zustand sei stationär. Die Täter seien gemäss Angaben der Beschwerdeführerin noch auf freiem Fuss. Zurzeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 15/M5).

E. 3.3

Mit Beschluss der Vormundschaftsbehörde der Stadt Zürich vom 27. April 2010 wurde für die Beschwerdeführerin eine Beistandschaft nach aArt. 394 ZGB angeordnet (Urk. 15/A28/2).

E. 3.4

Die Ärztinnen der B.____ diagnostizierten im Bericht vom 6. September 2010 (1) eine PTBS (ICD-10 F43.1), (2) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und (3) einen Verdacht auf eine beginnende Somatisierungsstörung (ICD-10 F45). Sie erklärten, dass die Beschwerdeführerin vom 28. Juli bis zum 20. August 2010 bei ihnen in Behandlung gewesen sei (Urk. 15/M15).

E. 3.5

Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gab im Bericht vom 27. Januar 2011 an, dass sich die Beschwerdeführerin vom 3. Mai bis zum 28. Juli 2006 bei ihm in ambulanter psychiatrischer Therapie befunden habe. Es sei dabei hauptsächlich um die schwierige psychosoziale Situation gegangen (Scheidung, Wohnsituation, Arbeitslosigkeit, Migrationsproblematik, Angst vor Entführung ihrer Tochter usw.). Diagnostisch habe es sich um eine Anpassungsstörung mit Angst und längerer depressiver Reaktion gemischt

(ICD-10 F43.22) gehandelt (Urk. 15/M31).

E. 3.6

Dr. E.____ gab im Bericht vom 21. März 2011 an, dass der Zustand der Beschwerdeführerin seit der letztmaligen Berichterstattung am 30. November 2010 im Wesentlichen unverändert sei. Sie leide nach wie vor unter Albträumen und Zuständen mit starkem Weinen (Urk. 15/M38).

E. 3.7

Die Ärzte der H.____ der A.____ hielten im an Dr. E.____ gerichteten Austrittsbericht vom 28. Januar 2012 fest, dass die Beschwerdeführerin vom 27. bis zum 28. Januar 2012 bei ihnen hospitalisiert gewesen sei. Die Zuweisung sei per fürsorgliche Freiheitsentziehung wegen Selbstgefährdung erfolgt. Die Tochter der Beschwerdeführerin sei am gleichen Tag wegen Suizidalität bei den I.____ eingewiesen worden, woraufhin die Beschwerdeführerin einen Zusammenbruch erlitten habe (Urk. 15/M55).

E. 3.8

Die Ärzte der C.____ stellten im polydisziplinären Gutachten vom 28. Juni 2012 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 15/M50/47): (1) eine schwere anhaltende affektive Störung (CD-10 F34.8), Differentialdiagnose Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), als Residualzustand einer PTBS (ICD-10 F43.1) (2) eine Somatisierungsstörung undifferenziert (ICD-10 F45.1) mit Elementen einer somatoformen vegetativen Störung; Verdacht auf dissoziative Störung, gemischt (ICD-10 F44.7) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie folgende (Urk. 15/M50/47): (1) Kopfschmerzen, am ehesten vom Spannungstyp im Rahmen der psychopathologischen Störung (2) unklare Schulterbeschwerden (keine Hinweise auf eine unfallkausale Schulterpathologie) (3) Status nach leicht dislozierter, mehrfragmentärer offener Nasenbein- und Septumfraktur nach tätlichem Angriff am 27. September 2012, persistierende Septumdeviation - Nasenatmungsbehinderung • hyperreaktive/allergische Komponente? (4) einen Verdacht auf dentogene Osteolyse Oberkieferbereich rechts

Die Ärzte der C.____ erklärten, dass die Beschwerden, welche dem Residualzustand einer PTBS in Form einer schweren affektiven Störung zuzuordnen seien, überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 27. September 2009 stehen würden. Zwar müsse ein psychischer Vorzustand anerkannt werden. Dieser habe gemäss den verfügbaren Informationen aber zu keinem Zeitpunkt das Ausmass einer schweren psychischen Störung erreicht. Der Status quo ante sei somit nicht erreicht worden. Die Störung, welche am 27. September 2009 aufgetreten sei, sei im Ausmass derart stark, dass nicht von einem Status quo sine ausgegangen werden könne. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine dauernde erhebliche Schädigung der Integrität aus psychischen Gründen sei als Folge des Unfalls vom 27. September 2009 erwiesen (Urk. 15/M50/48-66).

E. 3.9

Mit Urteil vom 5. April 2013 bestätigte das Obergericht des Kantons Zürich den vorinstanzlichen Schuldspruch (des Bezirksgerichts Bülach) gegen einen der Täter/Beschuldigten vom 27. September 2009 wegen Angriffs im Sinne von Art. 134 des Schweizerischen Strafgesetzbuches. Gleichzeitig verpflichtete das Obergericht diesen, der Beschwerdeführerin eine Genugtuung von Fr. 5'000.-- zuzüglich Zins von 5 % ab dem 27. September 2009 zu bezahlen (beantragt hatte sie eine Genugtuungssumme von

Fr. 50'000.--). Das Obergericht wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Vorinstanz zu den geltend gemachten psychischen Problemen der Beschwerdeführerin erwogen habe, es sei nicht stringent nachgewiesen, ob diese tatsächlich vorliegen würden und ob sie ihre Ursache in den Handlungen des Beschuldigten hätten. Im Berufungsverfahren habe die Beschwerdeführerin ein Gutachten der C.____ einreichen lassen, welches indessen keine Klärung herbeiführe. Aus den vorhandenen medizinischen Akten gehe hervor, dass bei der Beschwerdeführerin bereits vor dem Vorfall vom 27. September 2009 eine psychiatrische Grunderkrankung vorgelegen habe, weswegen sie auch stationär in der J.____ habe behandelt werden müssen. Die Beschwerdeführerin habe sich seit längerer Zeit am Rande der Erschöpfung befunden. Weiter sei der Hinweis vermerkt, dass sie bereits am 16. August 2009 in der psychiatrischen Poliklinik vorstellig geworden sei. Es hätten seit langem Probleme am Arbeitsplatz bestanden, wo sie auch Suizidgedanken geäußert habe. Ob der Unfall alleinige Ursache ihres psychischen Gesundheitszustands sei, sei nach wie vor offen und könne in diesem Verfahren nicht entschieden werden (Urk. 15/P1/37-38).

E. 3.10

Die Ärztinnen des Zentrums für Depressionen, Angsterkrankungen und Psychotherapie der A.____ erklärten im an Dr. E.____ gerichteten Bericht vom 8. April 2013, dass die Beschwerdeführerin vom 4. bis zum 8. April 2013 bei ihnen hospitalisiert gewesen sei. Der Eintritt sei freiwillig erfolgt, auf Empfehlung der behandelnden Dr. E.____. Einer der Angreifer (vom 27. September 2009) sei vorzeitig aus der Haft entlassen worden, was den psychischen Zustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe (Urk. 15/M56).

E. 3.11

Dr. E.____ diagnostizierte im Bericht vom 29. Oktober 2013 nebst einer PTBS (ICD-10 F43.1) eine andauernde Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.0). Sie gab an, dass der Zustand der Beschwerdeführerin seit dem Bericht vom 21. März 2011 im Wesentlichen unverändert sei (Urk. 15/M52).

E. 3.12

Die Ärztinnen des Zentrums für Akute Psychische Erkrankungen der A.____ erklärten im Bericht vom 9. Mai 2014, dass die Beschwerdeführerin vom 22. April bis zum 2. Mai 2014 in ihrer Klinik hospitalisiert gewesen sei. Der Eintritt sei freiwillig erfolgt, bei akuter Exazerbation einer depressiven Stimmungslage und Suizidalität im Rahmen einer familiären Belastungssituation (Streitigkeit mit der 15-jährigen Tochter) vor dem Hintergrund einer bekannten rezidivierenden depressiven Störung (Urk. 15/M57).

E. 3.13

Dr. D.____ stellte im psychiatrischen Gutachten vom 7. Juli 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 15/M58/123): (1) eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) (2) Störungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.2) (3) Alpträume (Angsträume, ICD-10 F51.5) (4) dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (ICD - 10 F44.7) (5) eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. D.____ nicht. Er erklärte, dass bei der Beschwerdeführerin unfallfremde Faktoren im Rang einer Persönlichkeitsstörung gegeben seien, welche den Heilverlauf und die Reintegration bzw. Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin massgeblich beeinträchtigen würden. Das

Unfallereignis vom 27. September 2009 habe den Vorzustand nicht auf Dauer und richtunggebend beeinflusst. Werte man das Unfallereignis vom 27. September 2009 in der Gesamtentwicklung der psychischen Störungen immerhin als Auslöser einer vorübergehenden Verschlimmerung, dann sei der Einfluss unfallunabhängiger Faktoren auf das Geschehen doch derart gross, dass die vorübergehende Verschlimmerung - gestützt auf die klinische Erfahrung -

spätestens zwei Jahre nach dem Unfallereignis abgeklungen gewesen sei. Der Status quo sine sei damit spätestens im Herbst 2011 erreicht worden. Eine unfallkausale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (Urk. 15/M58/124-126).

E. 4.1

Unbestritten ist, dass der Angriff auf die Beschwerdeführerin vom 27. September 2009 einen Unfall im Sinne des Gesetzes darstellt, für dessen gesundheitliche Folgen die Beschwerdegegnerin grundsätzlich leistungspflichtig ist. Während zwei Jahren hat die Beschwerdegegnerin denn auch Heilungskosten übernommen und Taggelder ausgerichtet. Dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. September 2011 keine unfallbedingten somatischen Beschwerden mehr vorlagen, ist sodann ebenfalls unbestritten (vgl. Urk. 1). Streitig und zu prüfen ist nun, ob die Beschwerdeführerin für die geltend gemachten psychischen Beschwerden über den 30. September 2011 hinaus Anspruch auf Leistungen hat.

E. 4.2

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin – auch mit Blick auf die im Urteil des Obergerichts des Kantons Zürich vom 5. April 2013 geäusserten Vorbehalte gegenüber dem Gutachten der C.____ vom 28. Juni 2012 (vgl. Urk. 15/P1/37-38) - zu Recht ein zweites psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben hat. Dies wurde im Übrigen beschwerdeweise auch nicht mehr beanstandet (vgl. Urk. 1).

E. 4.3

Dr. D.____ hat in seinem sehr ausführlichen Gutachten vom 7. Juli 2015 detailierte Befunde erhoben und hinsichtlich seiner eigenen Diagnosestellung in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass die Dynamik der bei der Beschwerdeführerin vorherrschenden Angst für die Hauptdiagnose Borderline-Störung (ICD-10 F60.31) wegweisend sei. Diese Angst betreffe im Kern bindungsrelevante, existenziell bedrohlich erlebte Ängste vor Alleingelassenwerden, Zurückweisung, Ausgeschlossen werden und hilflosem Ausgeliefert sein. Die daraus resultierende Affektdynamik - als Abbild einer zu Grunde liegenden defizitären Ich-Struktur - sei nicht nur typisch, sondern auch spezifisch für Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsproblematik. In dieser Dimension, das heisse hinsichtlich der bindungsrelevanten, existenziell bedrohlich erlebten Ängste, gehe die Problematik der Beschwerdeführerin deutlich darüber hinaus, was man im Rahmen einer komplexen Traumafolgestörung an traumabedingten Persönlichkeitsveränderungen kenne. Die Persönlichkeitsproblematik habe vorliegend daher das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung (Urk. 15/M58/97). Im Weiteren liege ein Abhängigkeitssyndrom durch Gebrauch von Sedativa vor (ICD-10 F13.2). Die Beschwerdeführerin nehme seit Jahren Sedativa vom Benzodiazepin-Typ (Temesta/Lorazepam) oder auch benzodiazepinähnliche Substanzen (Stilnox/Zolpidem). Die Einnahme geschehe gemäss ärztlicher Verordnung, erfolge aber auch in unsachgemässer, übermässiger und abhängiger Weise. Angesichts einer Situation, in der Angst- und Schmerzvermeidung allgegenwärtig

sein und existenziell notwendig erscheinen würden, führe die regelmäßige, auch impulsive, durch Kontrollverlust und Wirkungsverlust gekennzeichnete Einnahme von Beruhigungsmitteln mit Suchtpotenzial in die Abhängigkeit (Urk. 15/M58/99). Die Diagnose Alpträume (Angsträume; ICD-10 F51.5) könne insofern gestellt werden, als ein Traumerleben voller Angst oder Furcht beschrieben werde mit detaillierter Erinnerung an den Trauminhalt. Dieses Traumerleben betreffe Themen der Hinterlist, Lüge, Täuschung (Dr. E. ___ : „Träume von Spinnen“), der Bedrohung (Dr. E. ___ : „von dunklen Gestalten verfolgt und angegriffen zu werden“) oder der Haltlosigkeit und Enttäuschung (Dr. E. ___ : „in die Tiefe fallen“; Urk. 15/M58/100). Ausgangspunkt für die Diagnose dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt (ICD-10 F44.7) sei die Analyse des „prä-stuporösen mutistischen Zustands“, der zur ersten psychiatrischen Hospitalisation geführt habe. Vorangegangen sei ein Verlust oder mindestens die Einbusse von körperlichem Halt und Bewegungskontrolle, was zum Herausfallen aus dem Bett geführt haben müsse. Es handle sich dabei um ein Mischbild einer neurologisch anmutenden, aber neurologisch nicht erklärbaren Störung mit erkennbarer Psychogenese (Urk. 15/M58/100). Die undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) beziehe sich schliesslich auf die Neigung der Beschwerdeführerin, seelisches Leiden durch Erleben und Aufzeigen von Körperbeschwerden zum Ausdruck zu bringen. Diese Diagnose beziehe sich auf somatisch medizinisch nicht hinreichend erklärbare körpernahe Beschwerden, wie sie im Zuge neurologischer, orthopädischer und ohrenärztlicher Untersuchungen festgestellt worden seien. Es handle sich um meist unterschiedliche

körperliche Beschwerden, die phasenweise auch zahlreicher vorkommen würden. Das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung zeige sich indes nicht (Urk. 15/M58/100-101).

E. 4.4

Im Weiteren hat sich Dr. D. ___ mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte und der Gutachter der C. ___ kritisch und sachlich auseinandergesetzt und insbesondere überzeugend dargetan, weshalb das Vorliegen einer PTBS zu verneinen ist. So setze die Diagnose einer PTBS (nach DSM-5 und ICD-10) zunächst voraus, dass das sogenannte Traamakriterium (A-Kriterium) erfüllt sei. Die Traumatisierung beinhalte dabei einen objektiven Ereignis aspekt (A1-Kriterium; eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmasses oder ein Ereignis, das in gravierender Weise sexuelle Gewalt beinhalte, mit schwerwiegenden Verletzungen einhergehe oder zum Tod hätte führen können) und einen entsprechenden subjektiven Aspekt (A2-Kriterium; Urk. 15/M58/106). Dem Urteil des Obergerichts sei betreffend Tathergang zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin – gemäss ihren stringenten Aussagen – an der linken Schulter gepackt worden sei, sich nach links umgedreht und in das Gesicht des Täters geblickt habe, welcher ihr im Anschluss mit der rechten Faust oder Hand auf den Kopf geschlagen habe. Hinsichtlich der Frage, ob sie eine schwerwiegende Verletzung erlitten oder einer tödlichen Bedrohung ausgesetzt gewesen sei (A1-Kriterium), sei zu bemerken, dass der direkte Hieb mit der Faust oder Hand auf den Kopf gewöhnlich nicht geeignet sei, den Tod herbeizuführen. Tödliche Folgen hätte der Schlag für die Beschwerdeführerin indirekt nur dann haben können, wenn sie als Folge des Hiebs derart unglücklich auf den Kopf gefallen wäre, dass sie sich ein schwerstes Schädelhirn-Trauma zugezogen hätte. Ob das Traamakriterium unter diesen Umständen als erfüllt zu erachten sei, sei in objektiver Hinsicht zumindest unklar. Ferner sei zu verneinen, dass der Angriff für die

Beschwerdeführerin unmittelbar die Qualität eines traumatischen Ereignisses gehabt habe (A2-Kriterium). Denn dazu wäre erforderlich, dass sie nachweislich Todesangst erlebt hätte oder ein peritraumatisches Erleben zumindest die Qualität des tief Verstörenden, der tiefgreifenden Verzweiflung, der intensiven Furcht, der Hilflosigkeit oder des Entsetzens gehabt hätte. In einer solchen Verfassung habe sich die Beschwerdeführerin in den Stunden nach dem Angriff aber nicht befunden. Jedenfalls würden die ersten ärztlichen Berichte aus dem Z.____ keinen Hinweis auf eine erkennbare psychische Alteration liefern (Urk. 15/M58/109-110).

Beim ebenfalls erforderlichen B-Kriterium der PTBS (Intrusionen) handle es sich sodann um das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Urk. 15/M58/106). Bemerkenswert sei in diesem Zusammenhang, dass Dr. E.____ die Verknüpfung „Intrusionen und Zustände mit starkem Weinen“ mache. Tatsächlich würden nebst Dr. E.____ alle anderen Untersucher (einschliesslich er selbst) darüber berichten, dass die Beschwerdeführerin unter bestimmten Umständen in heftiges Weinen ver falle. Es handle sich dabei um eine ausgeprägte Störung der Emotionsregulation mit einer Affektdynamik, die an das Erleben einer existenziell bedrohlichen Verlassenheitsangst anknüpfe. Die Analyse der Affektdynamik habe gezeigt, dass die Störungen der Emotionsregulation zwar auch im Erinnern des Angriffs auftreten könnten, aber keinesfalls nur dann. Zudem sei etwa im Bericht über die erste psychiatrische Hospitalisation in den Wochen nach dem Angriff vom September 2009 die Rede von Flashbacks und Alpträumen, wobei im Behandlungsverlauf ein Rückgang verzeichnet worden sei, so dass sich die Beschwerdeführerin sehr umgänglich und gut im Kontakt mit Mitpatienten gezeigt und viel Besuch von Landsleuten erhalten habe. Somit ergebe sich auch hier der Eindruck, dass die abklingenden Flashbacks im Zusammenhang mit einer positiven Befindlichkeitsänderung stehen würden. Zusammengefasst bestünden daher erhebliche Zweifel daran, ob die klinischen Beobachtungen Dr. E.____ und auch diejenigen der Ärzte der Psychiatrischen Kliniken in psychopathologischer Hinsicht als Intrusionen gewertet werden dürften. Überdies würden auch seine eigenen gutachterlichen Untersuchungen keinen Hinweis auf ein intrusives Erleben ergeben. Zwar sei es im Rahmen der Begegnung mit der Beschwerdeführerin wiederholt zu heftigem Weinen gekommen. Solche Momente würden aber keinen erkennbaren Zusammenhang mit intrusivem Erleben widerspiegeln. Die aufkommenden Gefühle hätten nicht die Qualität der wiedererlebten Todesangst oder der in der Nachhallerrinnung auftauchenden Verstörung. Vielmehr erkenne man darin ein vielgestaltiges Mischbild von Scham, Trauer, Angst, Wut und Groll (Urk. 15/M58/111-113).

Untersuche man sodann die Berichte Dr. E.____ (2010 bis 2013) und denjenigen der Ärzte der A.____ (2009) nach Belegen für ein Vermeidungsverhalten im Sinne eines inneren Vermeidungsverhaltens, das als spezifisches Merkmal einer PTBS anzusehen wäre (C-Kriterium), finde man auch hierfür keinen Hinweis. Das Rückzugs- und Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin entspringe nicht einfach einem Schutzbedürfnis angesichts eines befürchteten weiteren Angriffs. Es sei vielmehr Abbild von Misstrauen und Furcht im Kontakt mit Fremden. Ihr Rückzugs- und Vermeidungsverhalten sei psychologisch in einen grösseren Zusammenhang einzubetten; es sei im Kern Ausdruck der Persönlichkeitsstörung und der damit einhergehenden Angst- und Schmerzvermeidung (Urk. 15/M58/113-114).

Schliesslich wies Dr. D.____ auch darauf hin, dass die von den Gutachtern der C.____ gestellte Diagnose impliziere, dass eine PTBS vorgelegen habe und in deren Folge eine schwere anhaltende affektive Störung, differentialdiagnostisch Angst und depressive Störung gemischt, übrig geblieben sei. Für den diagnostizierenden Laien klinge das irgendwie plausibel. Nachvollziehbar sei dies aber schon bei korrekter Anwendung der gebräuchlichen Diagnoseinstrumente (ICD-10, DSM-5) nicht. Denn ein

Residualzustand einer PTBS sei keine validierte psychiatrische Diagnose. Man wisse also nicht, ob tatsächlich und allenfalls aufgrund welcher Merkmale eine PTBS weiterhin festzustellen sei (Urk. 15/M58/103).

E. 4.5

Was die Beschwerdeführerin gegen das Gutachten von Dr. D.____ vorbrachte (vgl. Urk. 1), vermag nicht zu überzeugen. Dr. D.____ hat – wie die Beschwerdegegnerin zutreffend bemerkte (Urk. 2 S. 12) – nicht irgendwelche nichtigen Vorfälle aufgegriffen, um zu seiner Diagnosestellung zu gelangen. Was den Vorfall von Ende September 2009 betrifft, als die Beschwerdeführerin im Rahmen einer Auseinandersetzung mit einer Pflegeperson des Z.____ aus dem Bett gefallen war, erklärte die Beschwerdeführerin selbst, dass dies der Auslöser der darauffolgenden Krise gewesen sei (Urk. 15/M6/1). Daraufhin wurde sie denn auch in die A.____ überwiesen. Was aus Sicht der Beschwerdeführerin damals genau passiert sein soll, wurde im Bericht der A.____ vom 18. November 2009 im Übrigen detailliert wiedergegeben (Urk. 15/M6/1). Ferner ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin bereits 2006 gegenüber ihrem damaligen Psychiater Dr. G.____ über ihre Angst vor einer Entführung der Tochter berichtete (Urk. 15/M31) und sie auch in der Folge immer wieder entsprechende Befürchtungen äusserte (Urk. 15/M5/2, Urk. 15/M11/1, Urk. 15/M50/19 und Urk. 15/M58/37; vgl. auch Urk. 15/M58/71-72). Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die Tochter der Beschwerdeführerin hätte entführt werden können, sind indes nicht ersichtlich. Dass Dr. D.____ darin eine über das normale Mass hinausgehende Verlassenheitsangst erkannte (Urk. 15/M58/77-79), leuchtet daher ebenfalls ein. Überdies hat Dr. D.____ auch ausführlich begründet, weshalb er von einer Störung der Affektkontrolle ausging (Urk. 15/M58/80-82). Unter Hinweis darauf, dass der Grund für die Symptombildung in den Hintergründen des Strukturdefizits und der lebensgeschichtlich überdauernden Konflikte liege, welche die Beschwerdeführerin bis zu diesem Zeitpunkt dank einem Genügen der Bewältigungsstrategien habe kompensieren können, erläuterte er auch, weshalb der Angriff vom 27. September 2009 in der Gesamtentwicklung als blosser Auslöser und nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als massgebende Ursache der vorliegenden psychischen Problematik zu betrachten ist (Urk. 15/M58/120-121). Unter diesen Umständen erscheint auch plausibel, dass der Status quo sine Dr. D.____ zufolge gestützt auf die klinische Erfahrung spätestens Ende September 2011 erreicht wurde (Urk. 15/M58/125).

E. 4.6

Es ist somit festzuhalten, dass auf die Beurteilung von Dr. D.____ abgestellt werden kann.

Von allfälligen weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheidungserheblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist.

E. 5.1

Im Weiteren wies die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin, dass selbst bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Angriff vom 27. September 2009 und den nach September 2011 noch geklagten psychischen Beschwerden eine weitere Leistungspflicht aufgrund des Fehlens des adäquaten Kausalzusammenhangs verneint werden müsste (Urk. 2 S. 14).

Da beim erlittenen Schreckereignis die psychische Stresssituation im Vordergrund stand, währenddessen den erlittenen somatischen Beschwerden keine (entscheidende) Bedeutung beigemessen werden kann, erscheint es sachgerecht, den adäquaten Kausalzusammenhang nach der allgemeinen Formel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) zu überprüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_653/2007 vom 28. März 2008 E. 2.4-5 mit Hinweisen).

E. 5.2

Der vorliegende Angriff vom 27. September 2009 (vgl. zum genauen Tathergang die Sachverhaltsdarstellung in E. 4.4, welche gemäss Obergericht des Kantons Zürich so als erstellt gelten kann),

der von eher kurzer Dauer war, ist vergleichbar mit den von der Beschwerdegegnerin aufgeführten Fällen von Ereignissen, welche nach Meinung des Bundesgerichts nicht geeignet waren, langjährige, psychische Störungen mit andauernder Arbeitsunfähigkeit auszulösen (vgl. E. 2.1). Weiter wurde die Adäquanz etwa auch bei einem Überfall in einem Spielsalon durch drei maskierte Männer verneint, wobei einer mit den Fäusten auf das Opfer einschlug, ein anderer dieses mit einer Pistole bedrohte und sich die Versicherte nebst Schwellungen im Gesicht eine Rissquetschwunde über dem linken Auge zuzog, welche genäht werden musste (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 2/05 vom 4. August 2005). Auch im Falle einer Versicherten, welche um 3.40 Uhr als erste bei der Arbeit erschien und von drei schwarz gekleideten und verummten Einbrechern überrascht wurde, wurde der adäquate Kausalzusammenhang verneint. Die Täter befahlen dabei der Versicherten sich auf den Boden zu legen, wo sie an Armen und Beinen gefesselt in einer Toilette eingesperrt wurde und sich am Hinterkopf ein Hämatom zuzog (Urteil des Bundesgerichts 8C_522/2007 vom 1. September 2008).

Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend feststellte (Urk. 2 S. 14), erscheint eine Einstellung der Leistungen zwei Jahre nach dem Unfallereignis vom 27. September 2009 deshalb als gerechtfertigt.

E. 6

.

Zusammenfassend führt dies in Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids zur Abweisung der Beschwerde.

Der beantragte Beizug der Strafakten des Bezirksgerichts Bülach und des Obergerichts des Kantons Zürich (Urk. 1 S. 3) erweist sich im Übrigen nicht als erforderlich.

E. 7.1

Da die Beschwerdeführerin bedürftig ist (Urk. 11-12), der Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und die anwaltliche Vertretung der Beschwerdeführerin geboten war, ist ihr Rechtsanwältin Dina Raewel als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren zu bestellen. Da Rechtsanwältin Raewel

trotz Aufforderung (Urk. 17) keine Honorarnote eingereicht hat, ist deren Entschädigung ermessensweise ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung erweist sich als obsolet, weil das vorliegende Verfahren kostenlos ist (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

E. 7.2

Kommt die Beschwerdeführerin in künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann das Gericht sie zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 14. März 2016 wird der Beschwerdeführer in Rechtsanwältin

Dina Raewel, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Dina Raewel, Zürich, wird mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dina Raewel - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diese Entscheidung 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
Der Gerichtsschreiber
Hurst
Kreyenbühl

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