

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00143 vom 20. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00143

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00143 du 20 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00143 del 20 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1964, war vom 1. September 2014 bis 31. Oktober 2015 beim regionalen Verkehrsbetrieb Y.____ als Buschauffeur tätig und damit bei der Suva gegen Unfälle versichert, als er am 17. Mai 2015 von einem ihm unbekanntem Fahrgast mittels mehreren Faustschlägen und Fussritten traktiert wurde (Urk. 7/1).

Nach getätigten Abklärungen stellte die Suva die bis dahin erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 14. Dezember 2018 ein und verneinte dabei auch einen Anspruch auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung (Urk. 7/275). Die Helsan a Versicherungen AG zog ihre am 1. April 2019 erhobene Einsprache (Urk. 7/293) mit Schreiben vom 10. April 2019 (Urk. 7/295) zurück. Die vom Versicherten am 7. Januar 2019 erhobene Einsprache (Urk. 7/279) wies die Suva mit Einspracheentscheidung vom 17. April 2019 ab (Urk. 7/299 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (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 17. Mai 2015 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

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. Ent sprechend 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 Verwaltungsbeziehungsweise 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. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 1.

E. 2

8. April 2019 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 17. April 2019 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufgehoben, es sei ihm ab 1. Januar 2019 eine Invalidenrente auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von einhundert Prozent auszurichten, eventuell seien weitere tatsächliche und medizinische Abklärungen vorzunehmen.

Ferner sei ihm für das Einspracheverfahren die unentgeltliche Rechtsvertretung zu gewähren und die Sache zur Festsetzung der Entschädigung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 12. August 2019 (Urk. 6) beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde, dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 20. August 2019 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid davon aus (Urk. 2), dass das Ereignis mit den sich dabei entwickelnden Kräften auf den Körper des Beschwerdeführers praxismässig in Analogie zu ähnlich gelagerten Fällen höchstens als mittelschweres Ereignis im engeren Sinne einzustufen sei. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem geklagten nicht objektivierbaren Leiden des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 17. Mai 2015 sei aus näher bezeichneten Gründen zu verneinen (S. 8 ff.). Auch nach der allgemeinen Adäquanztheorie sei ein entsprechender Kausalzusammenhang nicht gegeben (S. 12 ff.). Schliesslich sei die Einsprache als aussichtslos zu werten, womit der Antrag auf unentgeltliche Rechtsvertretung ohne Prüfung

der weiteren Voraussetzungen abzuweisen sei (S. 15 f.) .

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), das Kriterium der dramatischen Begleitumstände respektive der besonderen Eindrücklichkeit liege eindeutig vor. Entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdegegnerin sei dieses Adäquanzkriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt, mithin der rechtserhebliche Kausalzusammenhang gegeben (S. 4). Inwiefern vorliegend der psychopathologische Zustand auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen sei, sei indessen nicht ersichtlich. Vielmehr erscheine das fragliche Ereignis nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und den Erfahrungen des Lebens als geeignet, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen. Folglich bestehe Anlass für weitere Beweisvorkehren, eine antizipierte Beweiswürdigung sei mangels überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht statthaft (S.

5 oben). Nach dem Gesagten sei klarerweise vom Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen seinem psychischen Leiden und dem Ereignis vom 17. Mai 2015 auszugehen. Aufgrund der nicht strittigen vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit sei eine Invalidenrente auf der Grundlage einer hundertprozentigen Invalidität auszurichten (S. 5 Mitte). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids noch vorhandene Beschwerden in rechtsgenügendem Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall stehen, wovon abhängt, ob die Beschwerdegegnerin eine weitergehende Leistungspflicht trifft. 3.1

Die Ärzte des Kantonsspitals Z. ____

berichteten am 17. Mai 2015 (Urk. 7/7) über die « medizinische Abklärung nach Schlägerei » und führten aus, in der klinischen Untersuchung habe eine Fraktur oder eine Organläsion des Abdomens grobklinisch ausgeschlossen werden können. Das EKG habe sich ebenfalls normal gezeigt. Der Beschwerdeführer habe einen leicht reduzierten Allgemeinzustand aufgewiesen, er sei aber wach und 4-fach orientiert gewesen.

Am Nasenrücken

seien eine kleine Hautabblöderung, jedoch keine sichtbaren Verletzungen am linken Auge und keine sichtbaren

Monokelhämatome vorgelegen.

Am Thorax habe es zwei kleine Schürfwunden gegeben, ansonsten ein unauffälliges Integument. Der Bodycheck sei unauffällig gewesen und es hätten keine Druckdolenz am Orbitarand und im restlichen Gesicht, keine Stufenbildung und somit keine Hinweis für eine Gesichtsschädelfraktur, eine unauffällige Kopfhaut, keine Hämatome, eine leichte Druckdolenz über Weichteilen am Ansatz des Occiput linksseitig vorgelegen. Der

Visus und die Augenmotilität seien unauffällig, die Pupillenreaktion normal, die Herz-, Lungen- und Abdomenauskultation unauffällig gewesen.

Es hätten keine Schmerzen über dem Thorax bestanden, und wenig Druckdolenz epigastrisch, ansonsten sei das Abdomen palpatorisch unauffällig gewesen. 3.2

A.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Institut B.____, führte im Bericht vom 6. Juli 2015 (Urk. 7/221) unter anderem aus, die Befragung und körperliche Untersuchung des Beschwerdeführers habe sich aufgrund der vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome als äusserst schwierig gestaltet. So habe er ausgeprägte Schmerzen geschildert, die eine Untersuchung nur schwer möglich gemacht hätten, da man ihn kaum habe berühren können, ohne Beschwerden hervorzurufen. Zudem sei die Kommunikation aufgrund von angegebenen posttraumatischen Erinnerungslücken und fraglichen Sprachproblemen nicht einfach gewesen. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner Schmerzen und des Unvermögens, alleine gehen zu können, gestützt von seiner Ehefrau gekommen. Die Befragung und Untersuchung hätten

jedoch nicht in ihrer Anwesenheit stattgefunden. Es sei immer schwierig, das Krankheitsbild in einem solchen Fall objektiv zu bewerten. Jedoch sei

der Beschwerdeführer beobachtet worden, wie er unmittelbar nach Verlassen des Instituts für

Arbeitsmedizin eine aufrechte Körperhaltung

eingenommen habe und mit seiner Frau ganz normal die Strasse entlanggegangen sei, offensichtlich ohne in seinen motorischen Abläufen eingeschränkt zu sein. Aufgrund des Untersuchungsergebnisses und beschriebener Beobachtung lasse sich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht zwingend verifizieren (S. 2 oben).

Weiter führte sie aus, dass aus dem Vorfall keine ernsthaften körperlichen Verletzungen hervorgegangen seien (S. 2 Mitte). Der Beschwerdeführer berichte im Gespräch ausführlich vom Tathergang und führe das entsprechende Video auf seinem Smartphone vor. Die objektive medizinische Untersuchung mit der anschliessenden Verhaltensänderung nach Verlassen unseres Hauses würden nicht konform mit den von ihm beschriebenen dauerhaften Beschwerden gehen, die nach seinen Angaben über den gesamten Tag in gleicher Intensivität fortbestehen würden (S. 2 unten). 3.3

Die Ärzte des Spitals C.____ nannten im Bericht vom 28. August

2015 (Urk. 7/16/4-5) als Diagnosen einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sowie ein occipitales Schmerzsyndrom (S. 1). Dazu führten sie aus, im EKG hätten keine ischämieverdächtigen Veränderungen gesehen werden können, laborchemisch sei eine kardiale Genese der Thoraxschmerzen ausgeschlossen worden. Es sei vielmehr von einer Panikstörung auszugehen. In Anbetracht des anamnestisch äusserst traumatisierenden Überfalls mit gewalttätigem Niederschlagen inklusive Bewusstlosigkeit sei der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung zu stellen und zu einer psychiatrischen Behandlung zu raten. Es bestehe allerdings eine Diskrepanz von der Erzählung der subjektiv schweren Verletzungen zum Bericht des Spitals Z.____. Die occipital betonten Kopfschmerzen, welche auf kleinste Berührungen ausgelöst werden könnten, seien am ehesten der Anspannung geschuldet. Bei Persistenz nach ausreichender psychiatrischer Behandlung könnte an eine Okzipitalisneuralgie gedacht werden. Die psychiatrischen Beschwerden stünden aber klar im Vordergrund. 3.4

Die Ärzte des Zentrums D.____ nannten im Bericht vom 1. Dezember 2015 (Urk. 7/48) als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Dazu führten sie aus, die Störung habe Krankheitswert (S. 2). Eine Rehabilitationsbedürftigkeit sei deutlich und eine

Rehabilitationsfähigkeit sei gegeben, wobei die Prognose ungewiss sei. Der Beschwerdeführer werde ab 19. November 2015 zu einzeltherapeutischen Psychotherapiesitzungen sowie ins interdisziplinäre Schmerzprogramm kommen (S. 3). 3. 5

Dr. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarpsychiater Suva, führte in der psychiatrischen Beurteilung vom 12. Januar 2016 (Bericht vom 19. Januar 2016, Urk. 7/51) aus, die Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens in einem teilkasualen Zusammenhang stehend mit dem Unfallereignis. Unklar sei der Einfluss der ange deuteten Traumatisierung während des Balkankrieges im Jahre 1999. Von weiteren Behandlungsmassnahmen könne

mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden.

Aktuell ist eine volle Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht nachvollziehbar. Aufgrund des noch relativ kurzen Krankheitsverlaufes sei eine vollständige Erholung bezüglich beruflicher Leistungsfähigkeit zu erwarten.

Auffällig sei, dass der Beschwerdeführer mit einer relativ hohen Benzodiazepin-Dosis mit Xanax medikamentös behandelt werde. Diese sollte psychiatrisch-psychotherapeutisch prioritär reduziert werden. Der Zeitverlauf der Xanax-Behandlung sei nicht klar. Es bestehe jedoch die Gefahr, dass eine körperliche Abhängigkeit durch die ärztlich verordnete Behandlung mit Benzodiazepinen entstehen könnte, die für den weiteren Heilverlauf kontraproduktiv sein könnte.

Es könnten andere sedierende Behandlungen wie der Einsatz von dämpfenden Neuroleptika (Quetiapin oder Olanzapin als Beispiele) diskutiert werden (S. 3). Weiter wäre es sinnvoll, mit dem Beschwerdeführer und dem Behandelnden tagesstrukturierende Massnahmen zu besprechen, damit auch die Möglichkeit von einer Rehabilitation in Verweistätigkeiten nicht ausser Acht gelassen werden (S. 4 oben). 3. 6

Dr. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Konsiliarpsychiater

der Suva, nannte in der psychiatrischen Beurteilung vom 6. Oktober 2016 (Urk. 7/104) als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) bestehend seit Mai 2015, bisher weitgehend therapieresistenter Verlauf, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), recht schwere Ausprägung, bestehend seit Mai 2015, bisher weitgehend therapieresistenter Verlauf, sowie einen Status nach Anpassungsstörung 1999 (ICD-10 F43.2). Weiter nannte er Schmerzen und multiple psychosomatische und vegetative Beschwerden im Rahmen der Depression und PTBS (S. 18).

Zur Kausalität hielt Dr. F.____ fest, abgesehen von vorübergehenden psychischen Beschwerden wegen der quälenden, dreimonatigen Ungewissheit betreffend das Schicksal seiner Herkunftsfamilie im Balkan-Krieg habe der Beschwerdeführer bis zum zu beurteilenden Ereignis nie unter aussergewöhnlichen psychischen Beeinträchtigungen gelitten, und bis dahin habe er sich nie in psychiatrischer Behandlung oder in Psychotherapie befunden. Die 1999 wahrscheinlich vorliegende Anpassungsstörung habe

überwiegend wahrscheinlich keinen Einfluss auf die aktuelle Krankheitsentwicklung. Die Lebensvollzüge hätten sich sowohl in familiärer als auch in beruflicher Hinsicht auf einem recht hohen Niveau bewegt (S.

18 unten).

Die Attacke am 17. Mai 2015 sei verständlicherweise als massive, akute Bedrohung erlebt worden. Aus psychiatrischer Sicht sei es nachvollziehbar, dass dieses Ereignis zur Entwicklung einer recht schweren PTBS geführt habe, welche hier zugleich mit einer schweren depressiven Symptomatik einhergehe. Ohne das Ereignis am 17. Mai 2015 wäre es nicht in dieser Zeit und in dieser Weise zur Entwicklung der vorliegenden psychiatrischen Störung gekommen. Aus diesen Gründen sei aus psychiatrischer Sicht ein natürlicher, teilkausaler Zusammenhang zwischen dem Ereignis am 17. Mai 2015 und den aktuell vorliegenden, psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen (S. 19 oben). Die ambulanten Massnahmen seien mit insgesamt sechs Konsultationen pro Monat recht intensiv, wobei die antidepressive Medikation im Vergleich zur Schwere der depressiven Symptome relativ wenig ausgebaut sei. Allerdings sei davon auszugehen, dass die medikamentöse Beeinflussbarkeit aufgrund der schweren psychiatrischen Komorbidität grundsätzlich vermindert sei. Alprazolam (Benzodiazepin) sei vom Behandler verordnet worden und werde vom Beschwerdeführer vor allem in Momenten intensiver seelischer Not eingesetzt. Nach Möglichkeit nehme er Chlorprothixen statt Alprazolam ein, dessen angstlösende Wirkung jedoch geringer sei. Von einem Missbrauch im eigentlichen Sinn könne nicht ausgegangen werden. Grundsätzlich sei in Anbetracht des Langzeitverlaufs trotz gesamthaft recht intensiver ambulanter Therapie eine stationäre therapeutische Massnahme dringend empfohlen und sinnvoll. Es sei zu erwarten, dass im Rahmen einer stationären psychiatrischen Behandlung auch die Medikation optimiert werde, und dass ein Ausschleichen von Alprazolam in diesem Rahmen besser möglich sein werde (S. 19).

Zurzeit und bis auf weiteres bestünden erhebliche funktionelle Einschränkungen, vor allem Antriebsverminderung, erhöhte Erschöpfbarkeit mit rasch nachlassender Konzentrations- und Merkfähigkeit, erhebliche Beeinträchtigungen der psychischen und emotionalen Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit, Neigung zu Panikzuständen und (anamnestisch) zu Reizbarkeit. Aus diesen Gründen sei dem Beschwerdeführer bis auf weiteres keine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zumutbar (S. 20 oben). Insgesamt sei die Prognose im Hinblick auf eine mittel- bis langfristige Verbesserung des psychischen Zustandes und somit der beruflichen Zumutbarkeit aktuell als vorsichtig günstig zu beurteilen (S. 20 Mitte). Eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik sei dringend indiziert. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers sei er bereits für eine stationäre, traumaspezifische psychiatrische Therapie angemeldet worden. Davon sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine nachhaltige Verbesserung der psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen zu erwarten (S. 21 oben).

Schliesslich führte Dr. F. ___ aus, die adäquate Kausalität sei durch die Administration zu beurteilen, und nicht von medizinischer Seite. Ein natürlicher, teilkausaler Zusammenhang zwischen dem Ereignis am 17. Mai 2015 und den aktuellen, psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen sei aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Unfall vom 17. Mai 2015 in Bezug auf die Beschwerden noch immer eine Rolle spiele (S. 20 unten) . 3. 7

Die Ärzte des Universitätsspitals G. ____

führten im Sprechstundenbericht für posttraumatische Belastungsstörungen vom 16. November

2016 (Urk. 7/128/2-5) aus, aufgrund von Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, negativer Veränderungen in Kognitionen und Stimmung und Übererregung seien die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllt. Ausserdem bestehe mit gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit, vermindertem Antrieb, Konzentrationsstörungen, vermindertem Selbstvertrauen, pessimistischen Zukunftsaussichten und Suizidgedanken sowie Schlafstörungen eine mittelgradige depressive Episode. Prognostisch ungünstig dürften sich die vor allem körperlich präsentierte Symptomatik mit Somatisierungstendenzen und das ausgeprägte Vermeidungsverhalten in Zusammenhang mit einem als problematisch zu beurteilenden Benzodiazepin Konsum auswirken. Aufgrund dieser dysfunktionalen Bewältigungsstrategien scheine ein traumaspezifisches Verfahren aktuell nicht erfolgversprechend (S. 1). 3.

E. 4

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 1.

E. 4.1

Die Parteien sind sich - soweit ersichtlich - insofern einig, als dass im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids (trotz erfolgter zahlreicher somatischer Abklärungen; vgl. Urk. 7/46, Urk. 7/173, Urk. 7/176, Urk. 7/193-194) keine objektivierbaren somatischen Beeinträchtigungen (mehr) vorlagen (Urk. 1 S. 3, Urk. 2 S. 5 oben). Dies ist angesichts der beim Unfall erlittenen leichten

somatischen Verletzungen (vorstehend E. 3.1-3) ohne Weiteres nachvollziehbar, so dass sich hierzu Weiterungen erübrigen. Beim Unfall ist es sodann nicht zu einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule (HWS), einer dieser äquivalenten Verletzung oder einem

Schädel-Hirntrauma gekommen (vgl. E.

1.8) . Zudem wurde bereits im August 2015 über einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und eine Panikstörung berichtet (vorstehend E.

3.3) und die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung setzte Mitte November 2015 , mithin knapp 6 Monate nach dem Unfall, ein (vgl. vorstehend E. 3.4).

Für die Adäquanzbeurteilung massgebend ist somit die auf BGE 115 V 133 fussende Praxis (vorstehend E. 1.7).

E. 4.2

Tätlichkeiten ordnet die Rechtsprechung zumeist im Bereich der mittelschweren Unfallereignisse ein (Urteile des Bundesgerichts 8C_893/2012 vom 14. März 2013 E. 4.1 und 8C_681/2010 vom 3. November 2010 E. 6.2). Dies gilt etwa für folgende Urteile: 8C_595/2015 vom 23. August 2016, 8C_681/2010 vom 3. November 2010 E. 6.2, 8C_281/2010 vom 28. September 2010 E. 4.1, 8C_476/2010 vom 7. September 2010 E.

4, 8C_1062/2009 vom 31. August

2010 E.

4.2.1, 8C_1032/2009 vom 11. Mai 2010 E. 4, U 98/06 = SVR 2007 UV Nr. 29 E. 3.2, U 105/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.3, U 37/94 vom 21. August 1997 E. 5a und RKUV 1996 Nr. U 256 S. 215, U 215/94 E. 6b/ bb .

E. 4.3

sowie Urteile des Bundesgerichts U 390/04 vom 14. April 2005 E. 2.1, U 593/06 vom 14. April 2008 E. 4, 8C_720/2007 vom 3. September 2008 E. 6.3 und 8C_170/2014 vom 4. Juli 2014 E. 8.2) . Die übliche und einigermaßen typische Reaktion auf einen solchen Angriff dürfte rechtsprechungsgemäss darin bestehen, dass zwar eine Traumatisierung stattfindet, diese aber vom Opfer in aller Regel innert einiger Wochen oder Monate überwunden wird (vgl. BGE 129 V 177, SVR 2008 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.5, je mit Hinweisen) . Die psychische Störung und die lang andauernde Erwerbsunfähigkeit können daher nicht mehr in einem weiten Sinne als angemessene und einigermaßen typische Reaktion auf das Schreckereignis bezeichnet werden (vgl. BGE 115 V 141 E. 7 mit Hinweisen) .

E. 4.4

Der Beschwerdeführer wurde in seiner Tätigkeit als Buschauffeur von einem Unbekannten angegriffen und mehrmals geschlagen, wobei sich der Beschwerdeführer zunächst wehrte und auch von einem Arbeitskollegen Hilfe erhielt. Nach einem erneuten Angriff verlor der Beschwerdeführer kurz das Bewusstsein (zum Tatablauf, vgl. Urk. 7/9 S. 8 f.). Der Beschwerdeführer erlitt dabei eine kleine Abderung am Nasenrücken und zwei kleine oberflächliche Schürfwunden am Brustkorb. Am linken Auge konnte keine sichtbare Verletzung und kein Hämatom festgestellt werden. Die übrigen ärztlichen Untersuchungen zeigten unauffällige Verhältnisse (vorstehend E. 3.1, vgl. auch Urk. 7/7).

Vergleicht man diesen Ereignishergang mit den wenigen Fällen, in denen das Bundesgericht das Unfallereignis an der Grenze zu einem schweren eingeordnet hat (vorstehend E. 4.3), so fallen systematische Unterschiede auf, indem in jedem der genannten Fälle gegenüber dem vorliegenden ein zusätzliches qualifizierendes Merkmal (oder mehrere davon) zu

konstatieren ist, sei es eine Mehrzahl von (in einem Fall zudem vermummten) Angreifern, der Einsatz eines Gegenstandes (zumeist als Schlagwaffe), ein besonderes - im einen Fall bedrohliches, im anderen Fall familiäres - Umfeld, ein zusätzliches mit Tötungsabsicht verbundenes Würgen.

Vor diesem Hintergrund entspricht die Zuordnung des Unfalles zu einem mittleren Ereignis im engeren Sinn durch die Beschwerdegegnerin der massgebenden Rechtsprechung (vorstehend E. 4. 2) und der Ereignishergang weist keines der zusätzlichen qualifizierenden Merkmale auf, welche eine Zuordnung an der Grenze zu einem schweren Ereignis zu rechtfertigen vermöchte.

Somit handelt es sich um ein Unfallereignis mittlerer Schwere, so dass drei der massgebenden Kriterien (vorstehend E. 1. 6) - oder eines in auffallender oder besonders ausgeprägter Weise - erfüllt sein müssen, damit die Adäquanz bejaht werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

E. 4.5

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalles vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Auch wird der nachfolgende Heilungsprozess bei diesem Kriterium nicht einbezogen (Urteile des Bundesgerichts 8C_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7, SVR 2013 UV Nr. 3 E. 6.1, Urteil 8C_15/2013 vom 24. Mai 2013 E. 7.1).

Vor diesem Hintergrund kann das Kriterium vorliegend - auch wenn dem Vorfall eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzusprechen ist - nicht als erfüllt erachtet werden. Die Beschwerdegegnerin hielt hierzu zu Recht fest, dass die Auseinandersetzung nicht besonders schwerwiegend verlief, was sich auch aus dem Bericht der Kantonspolizei Aargau vom 22. Juni 2015 ergibt. Aus dem Bericht geht unter anderem hervor, dass sich der Beschwerdeführer nach der ersten Attacke mit mehrfachen Schlägen zunächst selber wehrte und dann von einem Arbeitskollegen sowie einen Fahrgast Hilfe bekam. Der Arbeitskollege (sowie auch der Fahrgast) versuchte den Angreifer zu beruhigen und drängte diesen in den hinteren Teil des Busses, worauf dieser erneut zweimal den Beschwerdeführer angriff und diesen sodann bedrohte (vgl. Urk. 7/9). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers sind vorliegend im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindrücklichkeit ersichtlich. Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass selbst wenn dieses Adäquanzkriterium zu bejahen wäre, dieses sicherlich nicht in besonders ausgeprägter Weise vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C_893/2012 vom 14. März 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

Zur Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ergibt sich, dass die erlittenen Verletzungen - kleine Ablederung am Nasenrücken und zwei kleine oberflächliche Schürfwunden am Brustkorb bei sonst unauffälligen Verhältnissen (vgl. vorstehend E.

3.1-3 sowie Urk. 7/7)

- we der erheblich, noch als besonders geartet oder ausgesprochen schwer zu taxieren sind, weshalb dieses Kriterium nicht erfüllt ist.

Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung ist gegeben, wenn es sich um eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung handelt, während blosser ärztliche Verlaufskontrollen und Abklärungsmassnahmen sowie medikamentöse Behandlungen das Kriterium nicht zu erfüllen vermögen (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2013 vom 11. September 2013 E. 8.3). So verhält es sich vorliegend, denn abgesehen von der im November 2015 aufgenommenen psychotherapeutischen Behandlung (vorstehend E. 3.4), die hier gerade nicht berücksichtigt werden kann, sind nur noch Abklärungen in verschiedener Richtung (vgl. vorstehend E. 4.1) dokumentiert. Somit ist das Kriterium nicht erfüllt.

Bezüglich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen ist massgebend, ob über den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden vorlagen (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 5.2.2.1). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die zwar körperlich imponierenden, organisch objektiv jedoch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden des Beschwerdeführers ausser Acht zu bleiben haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 5.2.2.1, 8C_236/2016 vom 11. August 2016 E. 6.2.4 und 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6), womit dieses Kriterium ebenfalls nicht erfüllt ist.

Für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sowie für einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E.

E. 4.6

Insgesamt ergibt sich somit, dass allenfalls eines der massgeblichen Kriterien erfüllt ist, so dass es den anhaltenden Beeinträchtigungen ohne organisches Substrat im Sinne struktureller Veränderungen an der Adäquanz fehlt.

E. 4.7

Bei "gemischten" Vorfällen, in welchen die Elemente eines Schreckereignisses (Überfall, Bedrohung) und einer ihrerseits den Unfallbegriff erfüllenden physischen Einwirkung (Schläge, Zufügen von Verletzungen) kombiniert vorkommen, ist die Adäquanzprüfung unter beiden Aspekten vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1062/2009 vom 31. August 2010 E. 2.2.1), wobei

an den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Schreckereignissen und nachfolgenden psychischen Beschwerden hohe Anforderungen gestellt werden. Andererseits ist der Versicherungsschutz einer weiten Bandbreite von Versicherten zu gewähren (BGE 129 V 177 E. 3.3 S. 18 mit Hinweis auf 115 V 133 E. 4b S. 135, 125 V 456 E. 5c S. 462). Damit sind die strengen Anforderungen insbesondere an den Beweis der Tatsachen, die das Schreckereignis ausgelöst haben, und an die Aussergewöhnlichkeit dieses Ereignisses sowie den entsprechenden psychischen Schock zu stellen.

Beurteilt nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung, ist festzustellen, dass der tätliche Angriff vom 17. Mai 2015 - unter Berücksichtigung der weiten Bandbreite der Versicherten - nicht geeignet war, eine langjährige psychische Störung mit vollständiger Erwerbsunfähigkeit herbei zu führen. Wie die

Beschwerdegegnerin richtigerweise vorbrachte, erlitt vorliegend weder der Beschwerdeführer noch eine Drittperson einen erheblichen Körperschaden und das Ereignis dauerte relativ kurze Zeit. Ein solches Ereignis ist recht sprechungsgemäss nicht geeignet, einen dauernden, erheblichen psychischen Schaden mit anhaltender Erwerbsunfähigkeit zu verursachen (vgl. BGE 129 V 177 E).

E. 4.8

Nach dem Gesagten entfällt auch unter dem Gesichtspunkt der allgemeinen Adäquanztheorie eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

Die Ablehnung einer weitergehenden Leistungspflicht im angefochtenen Entscheid vom 17. April 2019 erweist sich demnach als rechtmässig.

E. 5

Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittel schwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 352 E).

(5b/aa, 115 V 133 E. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91). 1.

E. 5.1

Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters sowohl im Einsprache- als auch im Beschwerdeverfahren.

E. 5.2

Die unentgeltliche Rechtspflege kann nur gewährt werden, wenn die Rechtsvorkehrung nicht aussichtslos ist. Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstreben können, weil er sie nichts kostet (BGE 133 III 614 E. 5 mit Hinweisen).

E. 5.3

Weder einsprache- noch beschwerdeweise wurden Argumente vorgebracht, welche den abschlägigen Entscheid der Beschwerdegegnerin in Zweifel zu ziehen vermöchten. Zur Begründung der Beschwerdegegnerin führte der Beschwerdeführer einzig aus, dass diese angesichts eines möglichen Rentenanspruchs und der disputablen Fragen im Zusammenhang mit der Adäquanz nicht überzeugend sei (vgl. Urk. 1 S. 5). Diesbezüglich ist auf die vorstehenden Erwägungen zu verweisen, woraus hervorgeht, dass der Beschwerdeführer nicht ernsthaft damit rechnen konnte, dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheverfahren respektive das Gericht im Beschwerdeverfahren die Sach- und Rechtslage anders beurteilen würde. In diesem Zusammenhang ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 15 f.) insbesondere auf die marginalen somatischen Verletzungen sowie die konstante und juristisch allgemein bekannte höchstrichterliche

Praxis zur allgemeinen Adäquanztheorie und zur sog. Psycho-Praxis hinzuweisen. Die Beschwerdegegnerin hielt zu Recht fest, dass angesichts der Sach- und Rechtslage einer rechtskundigen Fachanwältin bzw. einem rechtskundigen Fachanwalt bereits beim Studium der Akten hätte bewusst gewesen sein müssen, dass die Gewinnaussichten in einem anstrengenden Einsprache- respektive Beschwerdeverfahren beträchtlich geringer als die Verlustgefahren einzuschätzen sind. Es ist daher davon auszugehen, dass eine Person, welche für die Kosten ihres Rechtsvertreters selbst aufkommen könnte, sich nicht zu dieser Beschwerde entschlossen hätte. Somit muss von Aussichtslosigkeit ausgegangen werden, weshalb weder im Einsprache- noch im Beschwerdeverfahren ein Anspruch auf Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes besteht. 6.

Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. April 2019, mit welchem die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht verneinte und das Gesuch um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes für das Einspracheverfahren abgewiesen hat, nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Im Weiteren ist auch im Beschwerdeverfahren das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung infolge Aussichtslosigkeit abzulehnen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 28. April 2019 um unentgeltliche Rechtsvertretung wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokat Valentin Brunner - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann P. Sager

E. 6

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre

erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E.

6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S.

428, 1999 Nr. U 335 S.

207 ff.; 1999 Nr. U 330 S.

122 ff.; SVR 1996 UV Nr.

58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 1.

E. 7

Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, sind bei Unfällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b umschriebenen Kriterien anzuwenden. Andernfalls erfolgt die Adäquanzbeurteilung in den dem mittleren Bereich zuzuordnenden Fällen nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/ aa (siehe zur Begründung der teilweise unterschiedlichen Kriterien: BGE 117 V 359 E. 6a, letzter Absatz).

Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat, ist zusätzlich zu beurteilen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Ist dies der Fall, sind für die Adäquanzbeurteilung bei Fällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 115 V 133 E. 6c/ aa

für Unfälle mit psychischen Folgeschäden festgelegten Kriterien (und nicht jene für Fälle mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, äquivalenter Verletzung oder Schädel-Hirntrauma gemäss BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b) massgebend (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb , 123 V 98 E. 2a 1.

E. 8

Dr. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, nannte im psychiatrischen Gutachten vom 12. Februar 2017 zu Händen der Invalidenversicherung (Urk. 7/130) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 37 Ziff. 5.1): - Verdacht auf eine organische (sekundäre) depressive Störung aufgrund einer iatrogen induzierten Benzodiazepin-Abhängigkeit (ICD-10 F06.32), soweit die Angaben der Wahrheit entsprechen - anamnestisch psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, iatrogene Benzodiazepin-Abhängigkeit (ICD-10 F13.24) gemäss Angaben mit sechs Tabletten Alprazolam und Zopiclon zur Nacht - psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Opiode, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F11.10).

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter (S. 37 Ziff. 5.2): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeits syndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.24)

Dazu führte er aus, der Beschwerdeführer sei am 17. Mai 2015 im Rahmen seiner Tätigkeit als Buschauffeur durch einen ihm Unbekannten grundlos angegriffen und geschlagen worden. Seitdem stünden gemäss der Versicherungsakte erhebliche psychische Beeinträchtigungen im Vordergrund. Die Behandler würden weitgehend aufgrund einer erheblichen, in schwerer Ausprägung bestehenden posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (ICD-10 F43.1), bestehend seit Mai 2015, mit bisher weitgehend therapieresistentem Verlauf, sowie im Rahmen der Depression und PTBS bestehenden Schmerzen, begleitet von multiplen psychosomatischen und vegetativen Beschwerden eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt attestieren. Unter Würdigung der Versicherungsakte sowie der aktuellen Exploration und der psychiatrischen Untersuchung sei beim Beschwerdeführer diagnostisch gemäss den ICD-10-Kriterien, dem Diagnostikmanual der WHO, von einer organischen (sekundären) depressiven Störung (ICD-10 F06.32) aufgrund einer schweren, iatrogen induzierten Benzodiazepin-Abhängigkeit (Alprazolam und Zopiclon) auszugehen, soweit die Angaben des Versicherten der Wahrheit entsprechen würden (siehe Medikationspiegel). Weiterhin seien gemäss den Angaben des Versicherten psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, iatrogene Benzodiazepin-Abhängigkeit (ICD-10 F13.24) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Opiode, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F11.10) zu kodieren (S. 52 Mitte).

Während der gesamten Untersuchung und Exploration seien

erhebliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen aufgefallen. Es fänden sich auch erhebliche Diskrepanzen im Vergleich mit den Angaben in der Versicherungsakte. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe Hinweise auf erhebliche nicht im geklagten Umfang

vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen im Sinne einer

Aggravation ergeben. Die verordneten Medikamente würden offensichtlich nicht eingenommen. Gleichzeitig behauptete der Beschwerdeführer, bis zu sechs Tabletten Alprazolam am Tag zu nehmen, und er fahre regelmässig Auto. Aufgrund der Diskrepanzen sei eine plausible Herleitung und Darstellung von möglichen Funktions- und Fähigkeitsstörungen sowie der vorhandenen Ressourcen nur eingeschränkt möglich. Es könne auch nicht auf die Selbsteinschätzung der

Arbeitsfähigkeit des Versicherten abgestützt werden. Aufgrund der attestierten Schwere und Dauer der Erkrankung müssten alle bis dato durchgeführten Behandlungen als nicht angemessen beurteilt werden. Medizinische Massnahmen seien somit nicht ausgeschöpft. Es werde dringend eine Behandlung im stationären Rahmen mit Entgiftung von Benzodiazepinen empfohlen (S. 52 unten f.).

Der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne in Anbetracht des Ausmasses der Benzodiazepin-Abhängigkeit und der sowohl beim Referenten als auch in der Versicherungsakte bereits in der Vergangenheit beschriebenen fluktuierenden psychopathologischen Auffälligkeiten, die auf den Substanzmissbrauch zurückzuführen seien, nicht gefolgt werden. Es handle sich gemäss den ICD-10 Kriterien unter Beachtung der Differenzialdiagnosen einer depressiven Episode um eine sekundär (organisch) induzierte affektive Störung. In seiner psychiatrischen Beurteilung habe auch der Psychiater Dr. F. ___ auf schwankende kognitive Defizite (Aufmerksamkeit und Konzentration) nach Einnahme von Alprazolam während seiner Untersuchung hingewiesen. Die damalige psychiatrische Beurteilung müsse aus versicherungsmedizinischer Sicht infrage gestellt werden, während der Exploration sei kein professioneller Dolmetscher anwesend gewesen, die Exploration sei teilweise durch den im Rahmen der Untersuchung anwesenden Sohn übersetzt worden. Auch während der aktuellen Exploration sei auffallend gewesen, dass der Beschwerdeführer insbesondere die Fragen im Rahmen eines direkten Interviews nur unter Zuhilfenahme des professionellen Dolmetschers beantworten können (S. 54 Mitte).

Ebenfalls könne der Diagnose einer PTBS nicht gefolgt werden und aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht bestätigt werden (S. 54 ff.). Beim Beschwerdeführer würden zudem multiple nicht-versicherungsmedizinische relevante psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen wie Migrationshintergrund, mangelnde Sprachkenntnisse, Alter, Verlust des Arbeitsplatzes sowie finanzielle Probleme (S.

57 oben).

In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Buschauffeur sei beim Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (S. 57 unten). Aufgrund des erheblichen iatrogen induzierten Benzodiazepinkonsums sei gegenwärtig bis zum Abschluss einer stationären Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung von psychotropen Substanzen ebenfalls in einer Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Diese Massnahme sei dem Beschwerdeführer im Sinne einer Schadenminderungspflicht zuzumuten.

Überwiegend wahrscheinlich sei durch diese Massnahme von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit spätestens in sechs Monaten, zumindest in einer angepassten Tätigkeit, auszugehen (S. 58 oben). Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit dem Beginn der Erkrankung 2015. Aus psychiatrischer Sicht werde dringend die Anpassung der therapeutischen Massnahmen, insbesondere ein strikter Verzicht auf den weiteren Konsum

von psychotropen Substanzen, im Sinne einer Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung im stationären Rahmen empfohlen. Darüber hinaus werde die Anpassung der medikamentösen antidepressiven Behandlung unter Kontrolle der Medikamentenspiegel aufgrund der mangelnden Compliance empfohlen (S.

58 Mitte). 3.

E. 9

Dr. I.____, Facharzt für Neurologie, nannte im Bericht vom 17. Februar 2017 (Urk. 7/131) als Diagnosen posttraumatische Spannungskopfschmerzen und einen Verdacht auf neuropsychologische Defizite, bei Status nach schwerer Commotio cerebri am 17. Mai 2015. Dazu führte er aus, im Rahmen des tätlichen Angriffs vom 17. Mai 2015 habe der Beschwerdeführer eine schwere Commotio cerebri mit mindestens mehrstündiger Bewusstlosigkeit erlitten. Geblieben seien in erster Linie Kopfschmerzen im Sinne posttraumatisch bedingter Spannungskopfschmerzen. Die Schwindel hätten teilweise Merkmale einer peripheren Vestibulopathie, vor allem die Drehschwindel und die wellenförmigen Auf- und Abbewegungen, unspezifisch seien dagegen die Schwankschwindel, diese seien entweder vegetativ oder zervikal bedingt, als Folge einer Traumatisierung der Nacken- und Schultermuskulatur und der HWS. Des Weiteren seien neuropsychologische Defizite zu vermuten. Insgesamt bestehe ein enormer Leidensdruck, welcher unmittelbar mit den Schmerzen in Zusammenhang stehe, und der Beschwerdeführer habe grosse Zukunftsängste geäussert (S. 3 oben). 3.

E. 10

Dr. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im E-Mail vom 17. März 2017 (Urk. 7/137) aus, der Beschwerdeführer sollte von der Invalidenversicherung aus zwecks Entgiftung stationär behandelt werden. Die familiäre Situation sei schwierig, die Ehefrau drohe mit Suizid und wolle nicht alleine gelassen werden. Eine Hospitalisierung sei zurzeit nicht sinnvoll. Hingegen scheine eine halbstationäre Entgiftung erfolgsversprechend. In Zusammenarbeit mit dem D.____ werde dieses Prozedere, das Einverständnis der Invalidenversicherung vorausgesetzt, angewendet. In den ersten drei Monaten würden wöchentlich Blutkontrollen durchgeführt, um den Benzo-Spiegel zu bestimmen. Bei positivem Verlauf, zweiwöchentlich, bis die vorgeschriebene Frist von sechs Monaten erreicht worden sei. 3.

E. 11

Die Ärzte der integrierten Psychiatrie K.____ berichteten am 27. April 2017 (Urk. 7/152) über eine stationäre (Entzugs-)Behandlung vom 6. bis 27. April 2017 und nannten als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.2).

Dazu führten die Ärzte aus, am Eintrittstag habe sich der Beschwerdeführer in einem deutlich depressiven Zustandsbild mit Traurigkeit, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, depressiver Stimmungslage und Antriebsmangel präsentiert. Parallel habe beim Beschwerdeführer eine beeinträchtigte Schlafqualität in Form von Ein-

und Durchschlafstörungen mit Hypervigilanz bei vordiagnostizierter posttraumatischer Belastungsstörung eruiert werden können. Aufgrund der depressiven Symptomatik sei eine antidepressive Behandlung mittels Venlafaxin etabliert worden, initial mit der

Tagesdosis von 75 mg einmal täglich, welche im weiteren Verlauf kontinuierlich bis Erreichen der Tagesdosis von 225 mg innten siviert worden sei . Unter der neu begonnenen Therapie sei es zur psychischen Stabilisierung gekommen . Die bisherige Therapie mit Fluoxetin sei eingestellt worden . Im stationären Setting hätten keine wesentliche n Nebenwirkungen eru ieren werden können . Zugleich seien zur Verbesserung der Durchschlafqualität Quetiapin 50 mg als retardiertes Präparat und für das Einsch l afen Quetiapin 25 mg in nicht retardierter Form als Festmedikation angeordnet worden , hierunter hätte eine ausgeprägte Besserung des Schlafes fest gestellt werden können . Auf grund der vorbekannte n Benzodiazepin- Abhängigkeit sei ein fraktionierte r Ent zug durch geführt worden, der komplikationslos verlaufen sei . Das d urchgeführte 12 Kanal-EKG habe keine

relevanten pathologischen Veränderungen gezeigt . Laborchemisch hätten sich keine pathologischen Parameter konstatieren lassen . Bei fehlenden Hinweisen auf eine unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung habe der psychisch kompensierte Beschwerdeführer am 27. April 2017 entlassen werden können (S. 2). 3.1 2

Dr. J.____ (vorstehend E. 3. 10) nannte im Bericht vom 18. Januar 2018 (Urk. 7/207) als Diagnosen eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades (ICD-10 F32.1/32.2) sowie ein Abhängigkeitssyndrom von Analgetika und Tran quilizer (ICD-10 F13.2). Dazu führte er aus, seit dem Überfall 2015 habe sich das klinische Bild stufenweise verschlechtert. Die PTSD typischen Symptome wie Teilamnesie bezüglich des Überfalls, Hyperarousal im Sinne von Insomnie, Alb träume n , Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Wutausbrüchen seien die ganze Zeit über nachweisbar. Ferner berichte der Beschwerdeführer über szenische Intru sionen. Die depressive Symptomatik sei von Anfang an präsent gewesen. Die Affektlabilität werde durch die Suchtproblematik noch weiter akzentuiert. Nach dem stationären Entzug sei er nur kurzfristig «clean» gewesen, es sei zu einem Rückfall gekommen, insbesondere zu einer Wiederaufnahme des Xanax -Kon sums. Es würden bei ihm zwei- bis dreiwöchentliche Sitzungen stattfinden (S. 3). 3.13

Dr. J.____ (vorstehend E. 3.10) führte im Bericht vom 27. Oktober 2018 (Urk. 7/259) zuhanden der Suva im Wesentlichen aus, der Verlauf sei ungünstig und es sei eine Invalidisierung eingetreten. Das psychopathologische Bild habe sich in der Zwischenzeit nicht wesentlich verändert. Alle Symptome, die auf eine posttrau matische Belastungsstörung hinweisen würden, seien weiterhin nachweisbar. Dasselbe gelte für die mittlere, intermittierend auch schwere depressive Episode, immer wieder berichte der Beschwerdeführer von suizidalen Ideationen. Die Therapie gehe weiter. Allerdings stünden die Chancen für eine kurative Behand lung durchaus schlecht. Er habe weiterhin folgende Einschränkungen: Einerseits die persönlichen Störungen (Depression, Angst) die im Rahmen der erwähnten Diagnosen da seien. Andererseits sei sein soziales Funktionsniveau nach wie vor sehr tief. Er sei ausser Stande , irgendwelche Handlungen im Sinne des täglichen Lebensvollzugs zu erledigen. Es bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsun fähigkeit. Auf dem primären Arbeitsmarkt sowieso, aber auch im geschützten Rahmen müsse man seine Arbeitsfähigkeit hinterfragen, da er wegen der Symp tomatik nicht gruppenfähig sei (S. 2). Insgesamt habe sich das klinische Bild leider nicht gebessert. Die Möglichkeiten einer ambulanten, intensiven Psychotherapie sei en langsam ausgereizt. Es handle sich um einen invalidisierenden Verlauf. Die Therapie ziele darauf ab, akute Verschlechterungen wie Suizidalität zu verhin dern, sei also als palliative,

sozialpsychiatrische Betreuung zu betrachten. Es sei ein Endzustand erreicht, mit weiterer Besserung sei nicht zu rechnen. Ob er von einer längerfristigen psychiatrischen Behandlung profitieren würde, bleibe dahin gestellt, dies nicht zuletzt wegen der dürftigen intellektuellen Ressourcen, aber auch wegen der Sprachbarriere (S. 3). 3.14

Dr. F.____ (vorstehend E.

3.6) führte in der psychiatrischen Beurteilung vom 21. November 2018 (Urk. 7/269) aus, der Beschwerdeführer sei am

5. Oktober 2016 durch den Unterzeichnenden untersucht

und am 6. Oktober 2016 ausführlich beurteilt worden. Die damaligen Schlussfolgerungen hätten sinngemäss un verändert Gültigkeit. Obwohl die IV -Stelle auf das psychiatrische Gutachten von Dr. H.____ abgestellt habe, ändere sich durch dieses nichts an seiner Beurteilung. Das Gutachten von Dr. H.____

enthalte mehrere relevante, offensichtliche Fehler, und die medizinischen Schlussfolgerungen seien nicht nachvollziehbar.

Der Spiegel von Fluoxetin sei laut Gutachten nur knapp unterhalb des therapeutischen Bereichs gelegen; das Antidepressivum Fluoxetin werde sicher eingenommen. Dasselbe gelte für Zopiclon. Dieses werde nur zum Einschlafen eingenommen und habe eine kurze Halbwertszeit, womit erklärbar sei, dass der Spiegel zum Zeitpunkt der Blutentnahme unterhalb des therapeutischen Bereichs gelegen habe. Auch das schlafanstossende Trazodon sei nachweisbar gewesen. Diesbezüglich sei zu berücksichtigen, dass auch Trazodon eine ausgesprochen kurze Halbwertszeit habe. Deshalb würden auch Retard-Tabletten hergestellt (wobei der Versicherte die nicht retardierten Präparate einnehme). Aus diesen Gründen seien mehrere Aussagen von Dr. H.____ betreffend die Medikamenteneinnahme schlichtweg falsch. Sehr bedauerlich sei, dass der Spiegel des Opioids Tramadol nicht bestimmt worden sei. In Anbetracht des Umfangs des Gutachtens von Dr. H.____ und von dessen Auswirkungen sowie insbesondere der Tatsache, dass Dr. H.____ das Vorliegen eines Opioid-Missbrauchs postuliert habe, wäre dies zu erwarten gewesen. Zudem führe der Gutachter die auch von ihm beschriebenen depressiven Symptome auf eine Abhängigkeit von Alprazolam zurück. Allerdings sei dieses das einzige geprüfte Medikament, welches gar nicht nachweisbar gewesen sei.

Viele Anmerkungen im Gutachten würden tendenziös wirken, unter anderem auch durch die angewendete Formatierung und das häufige "Cave". Posttraumatische psychische Symptome seien offenbar nicht gezielt exploriert worden, obwohl Dr. H.____ die Beurteilung des Unterzeichnenden vorgelegen habe. Insgesamt werde das Gutachten von Dr. H.____ dem psychischen Zustandsbild des Versicherten nicht gerecht. Der Einfluss von Benzodiazepinen werde stark überbewertet - siehe dazu auch die früheren Anmerkungen im eigenen Gutachten am 6. Oktober 2016; diese seien im weiteren Verlauf bestätigt worden und würden auch in Anbetracht der Beurteilung durch Dr. H.____ in unveränderter Weise gelten (S. 29).

Am 20. Juni 2017 sei der Beschwerdeführer ausführlich durch das Zentrum D.____ beurteilt worden, wo eine interdisziplinäre Schmerzbehandlung durchgeführt worden sei.

Anlässlich von Reduktionen des Benzodiazepins Alprazolam seien im ambulanten Setting jeweils Entzugssymptome aufgetreten. Leider sei dabei nicht in differenzierter Weise auf den Verlauf bezüglich Benzodiazepinen während und nach dem erfolgten stationären

Entzug eingegangen worden. Der Beschwerdeführer habe weiterhin Angst davor, dass der Täter nach Hause komme und die Familie gefährde, womit dieser gedroht habe. Dies führe jeweils zu zwei bis drei Minuten dauernden Panikattacken, mit Herzrasen, Kribbeln am ganzen Körper, Hyperventilation und Todesangst. Die Ehefrau habe berichtet, dass ihr Mann im Haushalt nichts machen könne. In der Nacht sei er sehr unruhig. Seit dem Überfall sei er wie verändert (trauriger, nervöser und ängstlicher). Autofahren könne er nur kurze Strecken. Nicht korrekt in dem Bericht sei die Angabe gewesen, dass bis anhin keine Gutachten erstellt worden seien. Aus neuropsychologischer Sicht seien erhebliche Einschränkungen beschrieben worden, wobei diese nicht in differenzierter Weise quantifiziert worden seien. Psychiater Dr. L.____

habe berichtet, dass die Einzeltherapie bisher ohne genügenden Erfolg geblieben sei. Weiterhin habe er posttraumatische Belastungssymptome (aufdrängende Bilder, Vermeidungsverhalten, Schwitzen in der Nacht, Albträume, Zähneknirschen) beschrieben. Im Langzeitverlauf hätten Schmerzen, Depression und Ängste zugenommen. Es würde eine volle Arbeitsunfähigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen, bei fehlendem Rehabilitationspotenzial. In Übereinstimmung mit dem Unterzeichnenden habe

Dr. L.____ festgehalten, dass keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation vorliegen würden (S. 30 unten).

Zur Frage, wie lange die psychischen Beschwerden noch als angemessene und typische Reaktion auf den Unfall vom 17. Mai 2015 bezeichnet werden könnten, führte Dr. F.____ aus, dies

sei überwiegend wahrscheinlich weiterhin und wahrscheinlich auch auf lange Zeit hinaus der Fall. Die Begriffe "angemessen" und "typisch" seien aus psychiatrischer Sicht allerdings recht problematisch. In psychischer Hinsicht sei jeder Mensch einzigartig. Bei Unfallereignissen wie dem hier vorliegenden seien "weiche" Aspekte psychisch oft wesentlich bedeutsamer als "harte Facts"; das Erleben aller mit dem Unfall verbundenen Aspekte durch den Versicherten sei in Bezug auf die Entwicklung und den Verlauf allfälliger psychischer Störungen im Zusammenhang mit dem Unfall von sehr grosser Bedeutung. Zudem würden individuelle Faktoren (Was ist das für ein Mensch? Was hat diesen bis zum Unfall geprägt? Persönliche Ressourcen und Defizite? In psychosozialer Hinsicht stützende und belastende Faktoren?) eine sehr grosse Rolle spielen.

Wie bereits früher dargelegt, sei das relevante Unfallereignis aus psychiatrischer Sicht schwerwiegend gewesen - daran ändere sich nichts durch die Tatsache, dass es dabei zu keinen anhaltenden, strukturellen Unfallfolgen gekommen sei. Der Beschwerdeführer sei durch einen unter Drogen stehenden und in seiner Freizeit Kampfsport treibenden Mann grundlos und unvermittelt attackiert worden, und dieser habe später berichtet, dass es sein Ziel gewesen sei, möglichst oft und möglichst hart zuzuschlagen. Zudem habe

dieser damit gedroht, den Versicherten zuhause aufzusuchen, um ihm und seiner Familie Gewalt anzutun.

Deshalb sei es aus versicherungspsychiatrischer Sicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer in der Folge insgesamt schwere und weiterhin bestehende psychische Beschwerden und Beeinträchtigungen entwickelt habe (S. 33 oben). Ohne das Schadenereignis am 17. Mai 2015 hätten sich die multiplen, chronischen psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen nicht in dieser Zeit und in dieser Weise entwickelt. Es bestünden

keine Hinweise auf relevante unfallfremde Aspekte. Zur Rolle der Benzodiazepine sei bereits mehrfach Stellung genommen worden. Dies bezüglich sei festzuhalten, dass diese allesamt durch Ärzte verordnet und/oder abgegeben worden seien. Ohne den Vorfall am 17. Mai 2015 hätte sich über wiegend wahrscheinlich auch keine Benzodiazepin-Einnahme entwickelt (S. 33 Mitte).

Aufgrund der erfolgten Chronifizierung (trotz regelmässiger

ambulanter und einmaliger stationärer Therapie) sei davon auszugehen, dass noch über Jahre hinweg eine Behandlung notwendig sein werde - insbesondere unter Anbetracht der wie derholten Suizid-Gedanken und -Äusserungen, welche auch für die Familie eine sehr hohe Belastung darstellen würden (S. 33 unten).

4.

E. 11.3

und 8C_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 5.3) bestehen keine Anhaltspunkte. Beide Kriterien sind nicht erfüllt.

Bei der Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 sind beim Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nur jene Zeiten zu berücksichtigen, welche die versicherte Person aufgrund einer rein physischen Betrachtungsweise arbeits unfähig war.

Anhaltspunkte für eine physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestehen vorliegend keine, womit dieses Kriterium ebenfalls nicht erfüllt ist.

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