

UV 200 2024 55
KNB/BRO/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Mai 2025

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____

Beschwerdeführerin

gegen

Helsana Unfall AG
Legal, Postfach, 8081 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2023 (Schaden-Nr.
0043.800887.21.9)



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihren Arbeitgeber bei der Helsana Unfall AG (Helsana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Bagatelunfall-Meldung UVG vom 15. Juli 2021 (Akten der Helsana [act. II] 1) am 19. Juni 2021 "von einem dementen Bewohner geschlagen und gewürgt" wurde. Die Helsana gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (vgl. act. II 27, 33, 34 S. 1). In der Folge holte sie ein psychiatrisches Aktengutachten bei Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein (act. II 15) und stellte mit formlosem Schreiben vom 14. Dezember 2021 (act. II 34) die vorübergehenden Leistungen per 31. Dezember 2021 ein. Hiermit erklärte sich die Versicherte nicht einverstanden und verlangte eine anfechtbare Verfügung (act. II 38). In der Folge stellte die Helsana dem Gutachter Ergänzungsfragen (act. II 43) und kam dem Ersuchen der Versicherten mit Verfügung vom 23. Dezember 2021 (act. II 40) nach. Nach hiergegen erhobener Einsprache (act. II 44; vgl. auch act. II 46 S. 1) zog die Helsana die Verfügung vom 23. Dezember 2021 (act. II 40) mit Schreiben vom 26. Januar 2022 (act. II 50) in Wiedererwägung und teilte mit, die Leistungen würden bis Ende April 2022 übernommen. In diesem Zeitpunkt werde eine erneute Überprüfung erfolgen. In der Folge tätigte die Helsana weitere medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie ein psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten bei der D. _____ (MEDAS; act. II 108 ff.) sowie später eine Stellungnahme der Gutachter (act. II 132) ein und nahm Rücksprache mit der beratenden Ärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. II 143). Gestützt darauf stellte sie mit Verfügung vom 24. März 2023 (act. II 146) die vor-übergehenden Leistungen rückwirkend per 31. Juli 2022 ein. Eine hiergegen erhobene Einsprache (act. II 164) wies die Helsana – nach erneuter Rücksprache mit der beratenden Ärztin (act. II 166) – mit Entscheidung vom 8. Dezember 2023 (act. II 175) ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 18. Januar 2024 Beschwerde und stellte folgende Anträge:

1. Der Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2023 sei aufzuheben und es seien der Versicherten rückwirkend und weiterhin die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggeldleistungen und Heilbehandlungskosten zu erbringen.
2. Das Verfahren sei bis zum Eintreffen des IV-Gutachtens zu sistieren.
3. Es sei die aufschiebende Wirkung zu gewähren.
4. Eventualiter sei insb. zur Unfallkausalität ein polydisziplinäres Gutachten/Obergutachten (Psychiatrie, Neuroradiologie und Neurologie) einzuholen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 11. März 2024 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung sowie das Gesuch um Verfahrenssistierung ab.

Mit Eingabe vom 22. März 2024 machte die Beschwerdeführerin unter Beilage des polydisziplinären Gutachtens der F._____
GmbH vom 7. Februar 2024 (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA]) weitere Angaben und hielt sinngemäss an ihren Anträgen fest. Sodann ging am 27. März 2024 eine weitere Eingabe der Beschwerdeführerin beim Gericht ein.

Mit Stellungnahme vom 9. April 2024 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen fest.

Mit Schreiben vom 31. März 2025 verzichtete die Beschwerdeführerin auf eine weitere Stellungnahme und verwies vollumfänglich auf ihre bisherigen Eingaben.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2023 (act. II 175). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 19. Juni 2021 über den 31. Juli 2022 hinaus.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Rechtsprechung und Lehre haben schreckbedingte plötzliche Einflüsse auf die Psyche als Einwirkung auf den menschlichen Körper im Sinne des Unfallbegriffs (Art. 4 ATSG) anerkannt und für ihre unfallversicherungsrechtliche Behandlung besondere Regeln entwickelt. Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit vermögen nur aussergewöhnliche Schreckereignisse, die mit einem ausserordentlichen psychischen Schock verbunden sind, zu erfüllen. Die seelische Einwirkung muss durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart der versicherten Person sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer überraschenden Heftigkeit geeignet sein, auch bei einem gesunden Menschen durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen (wie Lähmungen, Herzschlag etc.) hervorzurufen (BGE 129 V 177 E. 2.1 S. 179; SVR 2024 UV Nr. 24 S. 96, 8C_548/2023 E. 3.1).

Es handelt sich dabei um Ereignisse – wie etwa Brand- oder Erdbebenkatastrophen, Eisenbahn- oder Flugzeugunglücke, schwere Autokollisionen, Brückeneinstürze, Bombenabwürfe, verbrecherische Überfälle oder sonstige plötzliche Todesgefahren sowie Seebeben – bei denen, anders als im Rahmen der üblichen Unfälle, die psychische Stresssituation im Vordergrund steht, wogegen dem somatischen Geschehen keine (entscheidende) Bedeutung beigemessen werden kann. 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 (SVR 2024 UV Nr. 24 S. 96, 8C_548/2023 E. 3.1).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt (u.a.) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358).

2.3.1 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 bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1).

Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9, 8C_354/2007 E. 8.3).

2.3.2 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 148 V 356 E. 3 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

Die Adäquanz zwischen einem Schreckereignis ohne körperliche Verletzungen bzw. einem solchen, bei welchem die versicherte Person zwar (auch) körperliche Beeinträchtigungen davonträgt, letztere aber nicht entscheidend ins Gewicht fallen, und den nachfolgend aufgetretenen psychischen Störungen ist nach der allgemeinen Formel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) zu beurteilen. Dabei ist gemäss Rechtsprechung nicht allein auf den psychisch gesunden Versicherten,

sondern auf eine weite Bandbreite der Versicherten abzustellen (BGE 129 V 177 E. 3.3 S. 182 und E. 4.2 S. 185; SVR 2019 UV Nr. 19 S. 67, 8C_847/2017 E. 2.2, 2019 UV Nr. 20 S. 71, 8C_609/2018 E. 2.2, 2017 UV Nr. 11 S. 39, 8C_298/2016 E. 4.3).

2.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 150 V 188 E. 4.2 S. 191).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 150 V 188 E. 4.2 S. 192, 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

3.

Aufgrund der Akten erstellt und unbestritten ist, dass das Ereignis vom 19. Juni 2021 (act. II 1) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt. Während die Beschwerdegegnerin den Unfall als Schreckereignis (vgl. E. 2.2 hiervor) qualifiziert (act. II 175 S. 19 Ziff. 11), bringt die Beschwerdeführerin vor, es sei von einem sonstigen Unfall auszugehen. Sie sei von hinten attackiert

und minutenlang geschlagen sowie gewürgt worden, weshalb offenkundig sei, dass sie neben den psychischen Beschwerden auch körperliche Folgen davongetragen habe (Beschwerde S. 6 Ziff. III/7 f.).

Hierzu ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin, während sie bei der Arbeit eine Patientin im Rollstuhl in deren Zimmer brachte, von einem demenzkranken Patienten tätlich angegriffen und unter anderem gewürgt wurde. In Bezug auf die Dauer und Intensität des tätlichen Angriffs lassen sich den Akten keine genauen Angaben entnehmen, respektive variieren diese leicht voneinander (vgl. act. II 1, 8, 11 S. 1, 12 S. 2, 108 S. 17 f.; act. IA 3 S. 6 Ziff. 3.2, 5 S. 5 Ziff. 3.2). Fakt ist jedoch, dass die Beschwerdeführerin nach dem tätlichen Angriff weiterarbeitete und sie nie wegen allfälliger somatischer Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Vorfall gestanden haben sollen, einen Arzt aufsuchte. Anlässlich einer allgemeinen hausärztlichen Kontrolle vom 28. Juni 2021 wurde der Vorfall vom 19. Juni 2021 zwar erwähnt. Dabei wurden jedoch keine Befunde, Diagnosen oder somatischen Behandlungen dokumentiert. Vielmehr wurde die Beschwerdeführerin einzig zur psychologischen Behandlung "aufgrund einer depressiven Verstimmung nach Kündigung" überwiesen (act. II 10 S. 2, 11 S. 1). Ausserdem wurden in der Bagatellunfall-Meldung UVG vom 15. Juli 2021 (act. II 1) als Folge des Unfalles vom 19. Juni 2021 einzig psychische und keine somatischen Beschwerden angegeben und die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin präzisiert selbst beschwerdeweise nicht, an welchen somatischen Beschwerden sie nach dem Unfall gelitten haben soll. Letztlich kann jedoch offen bleiben, ob sie vom Unfallereignis tatsächlich körperliche Beschwerden davontrug, denn allfällige derartige Folgen wären – nach dem Dargelegten – jedenfalls nicht behandlungsbedürftig und damit geringfügig und bei der Leistungseinstellung per 31. Juli 2022 längst abgeklungen gewesen. Demnach käme diesen ohnehin lediglich untergeordnete Bedeutung zu, während die psychische Stresssituation klar im Vordergrund stand. Folglich wurde der Unfall vom 19. Juni 2021 zu Recht als Schreckereignis qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_30/2007 vom 20. September 2007 E. 2.4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] U 2/05 vom 4. August 2005 E. 3.1).

4.

4.1 Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die zunächst erbrachten Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (vgl. act. II 25 ff., 33 f., 76 f.) zu Recht per 31. Juli 2022 einstellte und den Anspruch auf weitere Leistungen verneinte.

4.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen.

4.2.1 Im Bericht des psychiatrischen Ambulatoriums des Spitals G._____ vom 30. Juli 2021 (act. II 11) legte lic. phil. H._____, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, dar, die Beschwerdeführerin sei von der Hausärztin aufgrund einer depressiven Verstimmung nach Kündigung (der Arbeitsstelle) zugewiesen worden. Beim ersten Gespräch habe die Beschwerdeführerin sich deutlich belastet und emotional erregt gezeigt (S. 1). Es zeige sich eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Zusammenhang mit dem tätlichen Angriff eines Heimbewohners bei Belastungsfaktoren in der Biografie mit zuvor erlebter häuslicher Gewalt, Bindungstraumata und sexuellem Übergriff in der Entwicklungsgeschichte sowie einer PTBS nach einem Unfallgeschehen vor einigen Jahren. Sie verfüge aber auch über verschiedene persönliche und soziale Ressourcen (S. 2).

4.2.2 Dr. med. C._____ stellte im Aktengutachten vom 17. September 2021 (act. II 15) als Diagnose eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8). Diese habe sich infolge eines Unfallereignisses entwickelt, das mit einer aussergewöhnlichen Bedrohung und einem katastrophentypischen Ausmass verbunden gewesen sei und bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (S. 7 Ziff. 4.2.2). Die Diagnose einer PTBS (ICD-10 F43.1) könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht gestellt werden. Die aufgeführten visuellen und haptischen Intrusionen in Bezug auf den Angriff und die Alpträume allein erfüllten aus versicherungspsychiatrischer Sicht die Definition nicht. Sodann blieben die Erinnerungen an das Ereignis, die Schlafstörungen und die emotionale Instabilität unspezifisch. Ausser einer Übererregbarkeit würden in den Akten keine psychopathologischen Befunde genannt (S. 8 Ziff. 4.2.2). Es sei davon auszugehen, dass

das Krankheitsbild ohne den Unfall vom 19. Juni 2021 nicht entstanden wäre, auch wenn die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität und die Konflikte am Arbeitsplatz eine bedeutende Rolle spielten (S. 9 f. Ziff. 4.4.1).

In der Stellungnahme vom 7. Oktober 2021 (act. II 20) führte Dr. med. C._____ aus, es sei davon auszugehen, dass ein Status quo sine betreffend die Unfallfolgen eintrete. Es sei nicht von einer dauerhaften richtungsgebenden Beeinflussung durch den Unfall auszugehen. Nach Wiederaufnahme der Psychotherapie und allfälliger Ergänzung durch eine angemessene Psychopharmakotherapie sollte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit innert sechs Monaten eine Remission der Symptome erreicht werden.

4.2.3 Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, legte in seinem Bericht vom 19. April 2022 (act. II 66) dar, bei der Patientin liege erneut eine PTBS (ICD-10 F43.1) vor. Nach dem erlittenen bedrohlichen körperlichen Angriff durch einen Heimbewohner am Arbeitsplatz am 19. Juni 2021 leide sie immer noch unter Beschwerden, die damit in Zusammenhang stünden (S. 1 f. Ziff. 1 lit. a). Eine Beendigung der Therapie sei derzeit noch nicht planbar. Es könne mit Sicherheit ein wesentlich besseres Heilungsergebnis erreicht werden (S. 2 Ziff. 4 f.).

4.2.4 Im psychiatrisch-neuropsychologischen Gutachten der MEDAS vom 15. November 2022 (act. II 108 ff.) legte Prof. Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere dar, vor dem Hintergrund der aufgeführten Fakten aus der prätraumatischen Zeit gehe aus der Anamnese nicht nur eine wohl erheblich beeinträchtigte psychosoziale Entwicklung und wiederholte, bisweilen erhebliche Belastung im psychosozialen Kontext hervor, sondern auch eine zur längeren Funktions- und Arbeitsunfähigkeit führende psychische Störung. Bei Letzterer soll es sich – jedoch ohne detaillierte Angaben in den Akten – um eine PTBS gehandelt haben. Sowohl die belastende Entwicklungsanamnese als auch eine offensichtlich relevante psychische Vorerkrankung seien Faktoren, welche zu einer relevant reduzierten Belastbarkeit beitragen könnten. Vor diesem Hintergrund könnten diverse psychische Störungen manifest werden (act. II 110 S. 2 Ziff. 4). Im Vordergrund der gesundheitlichen Störung stehe die mittelschwere, hirnorganische neurokognitive Störung

(ICD-10 F06.7), welche am ehesten im Rahmen der Mikroangiopathie zu interpretieren sei, wobei Letztere mit dem metabolischen Syndrom bei Diabetes Typ 2 mit neurologischen Komplikationen (ICD-10 E11.41) bestehe. Diese sei nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 19. Juni 2021 zurückzuführen. Darüber hinaus lasse sich eine allerhöchstens leicht ausgeprägte Anpassungsstörung mit gemischter Beeinträchtigung der Gefühle (ICD-10 F43.23) bei Persönlichkeitsstörung, gemischter Typ (ICD-10 F61), und psychosozialen Belastungen, mit Problemen mit Bezug auf Berufstätigkeit (ICD-10 Z56) und Problemen in der Beziehung zum Partner (ICD-10 Z63.0) diagnostizieren. Ein Zustand nach abgelaufener posttraumatischer Belastungsstörung könne nicht ausgeschlossen werden, obwohl diese Störung basierend auf der vorliegenden Dokumentation nicht habe plausibilisiert werden können (S. 16). Jedenfalls sei die PTBS zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr nachweisbar gewesen, sodass es zu diesem Zeitpunkt keine Befunde mehr gegeben habe, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 19. Juni 2021 zurückgeführt werden könnten (S. 19 Ziff. 4.1). Als Folge des Unfalles vom 19. Juni 2021 seien die verfügbaren Ressourcen nicht beeinträchtigt bzw. die feststellbaren Einschränkungen der Leistungsfähigkeit würden überwiegend wahrscheinlich im vollen Umfang auf eine sich unabhängig von Folgen des Unfalles vom 19. Juni 2021 entwickelnde gesundheitliche Störung zurückgehen (S. 20 Ziff. 5).

4.2.5 Im Bericht vom 13. Dezember 2022 (act. II 112) hielt Dr. med. I. _____ fest, es könne bestätigt werden, dass die Beschwerdeführerin bis heute unter spezifischen Beschwerden im Sinne einer PTBS leide. So habe sie in der letzten Sitzung angegeben, sie habe im Rahmen ihres Arbeitsversuches als ... einen Streit unter zwei Kindern miterlebt und auch diese Situation habe Angst und ein Engegefühl im Hals mit Erinnerung an den Würgeangriff ausgelöst. Weiterhin bestünden ausserdem eine Stimmungslabilität, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen mit Angstzuständen, Scheue vor Menschengruppen und fremden Menschen sowie eine vorzeitige Erschöpfbarkeit (S. 1). An der Hauptdiagnose einer PTBS werde festgehalten. Hierfür habe es deutliche Symptome gegeben. Eine Latenz am Anfang sei möglich. Andere biografische Belastungen und vor-

bestehende Besonderheiten der Persönlichkeit stünden der Diagnose nicht entgegen. Weiterhin bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

4.2.6 Der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. med. J. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 10. Februar 2023 (act. II 132) an seinen Schlussfolgerungen im Gutachten (act. II 108 ff.) fest. Soweit der behandelnde Psychiater in seinem Schreiben vom 13. Dezember 2022 (vgl. act. II 112) daran festhalte, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor an einer PTBS leide, müsse dies aufgrund der dort angegebenen Beschwerden in Frage gestellt werden. Schlafstörung sei ein Symptom zahlreicher psychischer Störungen und keinesfalls pathognomonisch für eine PTBS. Sodann müssten die angegebenen Angstzustände präzisiert werden. Angstzustände in der Nacht seien keine seltene Störung und hätten diverse Ursachen. Insbesondere ergebe sich aus seinem Schreiben nicht, dass das traumatische Ereignis wiedererlebt werde. Sodann seien ebenfalls die Scheue von Menschengruppen respektive vor fremden Menschen sowie eine vorzeitige Erschöpfbarkeit keine pathognomischen Symptome der PTBS (act. II 132 S. 1 f.). Weder das Erleben eines Traumas für sich noch einzelne oder flüchtige Symptome, welche bei einer PTBS vorkämen, begründeten die Diagnose einer PTBS (S. 5). Es sei hervorzuheben, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Ereignisses vom 19. Juni 2021 diversen Belastungen (Kündigung, fehlende Anerkennung am Arbeitsplatz, Misstrauen gegenüber dem Arbeitgeber, entgleister Diabetes, bevorstehende Knieoperation bzw. langanhaltende Schmerzen) ausgesetzt gewesen sei. Vor diesem Hintergrund und aufgrund mangelnder Erwähnung von pathognomischen Symptomen einer PTBS wäre im Nachgang zum Unfall eher eine Anpassungsstörung anzunehmen gewesen als eine PTBS. Im Bericht des psychiatrischen Ambulatoriums des Spitals G. _____ vom 1. Oktober 2021 (vgl. act. II 19) sei denn auch festgehalten worden, dass für die ausgeprägte psychische Instabilität der Beschwerdeführerin die Reaktion des Arbeitgebers nach dem traumatischen Ereignis mitverantwortlich gewesen sei. Die nach dem Unfall vom 19. Juni 2021 entstandene psychische Störung sei überwiegend wahrscheinlich auf die Kontextfaktoren zurückzuführen, wohingegen sich ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang mit dem Unfall nicht belegen lasse (S. 7 f.). Als Folgen des Unfalles seien die verfügbaren Ressourcen nicht beeinträchtigt worden (S. 10).

4.2.7 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 31. Januar 2024 (act. IA 5), welches im Rahmen des zu Händen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) verfassten interdisziplinären Gutachten der F. _____ vom 7. Februar 2024 (act. IA) verfasst wurde, hielt Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die diagnostischen Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, seien erfüllt. Die neuropsychologisch festgestellte leicht- bis mittelgradige Funktionsstörung sei gut mit dieser Diagnose vereinbar. Die Beschwerdeführerin leide zudem noch immer an traumatischen Erinnerungen an den erfolgten Würgeangriff. Sie könne aber gut darüber reden, zeige keine emotionale Abstumpfung und keinen Erregungszustand im Sinne eines Vermeidungsverhaltens. Sodann habe sie auf frühere Traumatisierungen angesprochen werden können. Auch wenn sie darüber nicht ausführlich reden wolle, bleibe sie auch da emotional gefasst. Die Diagnose einer PTBS könne nicht gestellt werden (S. 17 ff. Ziff. 6.3). Die gegenwärtige depressive Episode habe sich mit dem Unfallereignis bei psychosozialen Belastungsfaktoren manifestiert (S. 16 Ziff. 6.2). Das Unfallereignis mit Würgegriff durch einen dementen Bewohner bei der Arbeit habe zur Verunsicherung geführt. Es sei zur psychischen Verschlechterung bei bereits früherer psychischer Verschlechterung nach einem Verkehrsunfall gekommen. Psychosoziale Faktoren wie Probleme bei der Arbeit mit erlebtem Unverständnis, der damaligen Beziehung und nun schwieriger finanzieller Situation sowie Konflikten mit der Mentorin bei der Arbeit, trügen zur Aufrechterhaltung der bestehenden depressiven Episode bei (S. 20 Ziff. 7.2). Es bestehe in sämtlichen Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (S. 20 ff. Ziff. 8.1 f.).

4.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern

dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.4 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2023 (act. II 175) wurde die natürliche Kausalität zwischen dem Unfall vom 19. Juni 2021 und den über den 31. Juli 2022 hinaus geklagten psychischen Beschwerden insbesondere gestützt auf das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten der MEDAS vom 15. November 2022 (act. II 108) sowie die gutachterliche Stellungnahme vom 10. Februar 2023 (act. II 132) verneint. Das Gutachten inklusive Stellungnahme erfüllt in Bezug auf diese – hier einzig relevante Frage – die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsexternen Expertise und überzeugt (vgl. E. 4.3 hiervor). So bildeten Grundlage für die Schlussfolgerungen im Gutachten eine umfassende klinische Untersuchung (vgl. Urteil des BGer 8C_138/2021 vom 7. Juni 2021 E. 4.2) sowie die medizinischen Akten und die geklagten Einschränkungen wurden in der Beurteilung berücksichtigt. Der Gutachter setzte sich einlässlich mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin nach dem Unfall sowie den damals geschilderten Beschwerden auseinander (act. II 110 S. 3 ff.) und zeigte überzeugend auf, dass die Diagnose einer PTBS – jedenfalls im Zeitpunkt der

Begutachtung – mangels typischer Beschwerden nicht gestellt werden kann (act. II 110 S. 16). Dabei berücksichtigte er unter anderem auch, dass der Unfall erstmals im Rahmen einer allgemeinen Untersuchung bei der Hausärztin erwähnt wurde (act. II 10 S. 2 Ziff. 2), und diese die Beschwerdeführerin aufgrund einer "depressiven Verstimmung" weiterverwies (act. II 11 S. 1). In der Folge nahm die Beschwerdeführerin dann zunächst lediglich eine psychologische und nicht eine psychiatrische Behandlung auf, wobei der spätere Wechsel zu einer psychiatrischen Behandlung einzig aufgrund eines Bruches des Vertrauensverhältnisses zwischen ihr und lic. phil. H. _____ erfolgte (act. II 110 S. 11). Sodann diskutierte der Gutachter ebenfalls die gegenteilige Ansicht der behandelnden Dr. med. I. _____ (act. II 66) und lic. phil. H. _____ (act. II 11 f., 19) – wobei Letztere nicht Ärztin, sondern Psychologin ist – und legte dar, dass diese die Diagnose einer PTBS nicht plausibilisierten, ohne jedoch gänzlich auszuschliessen, dass allenfalls zu Beginn der Behandlung eine solche vorlag (act. II 110 S. 16). Daran ändere auch der im Nachgang zum Gutachten verfasste Bericht von Dr. med. I. _____ vom 13. Dezember 2022 (act. II 112) nichts (vgl. act. II 132; zur entsprechenden Rüge: Beschwerde S. 7 Ziff. 12). Da den Berichten der Behandler keine Aspekte zu entnehmen sind, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt blieben, vermögen sie den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern (vgl. E. 4.3 hiervor). Sodann wurde die Diagnose einer PTBS nicht nur vom MEDAS-Gutachter verneint. Vielmehr stimmt dessen diesbezügliche Einschätzung mit jenen der Gutachter Dr. med. C. _____ (act. II 15 S. 8 Ziff. 4.2.2) und Dr. med. K. _____ (act. IA 5 S. 18 Ziff. 6.3) überein, die ebenfalls keine pathognomonischen Merkmale für eine PTBS feststellten. Soweit im zu Handen der IV verfassten psychiatrischen Teilgutachten anstelle der Anpassungsstörung (act. II 110 S. 17 Ziff. 4) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1), und auch keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde (act. IA 5 S. 17 Ziff. 6.3), vermag dies am Beweiswert des Gutachtens der MEDAS vom 15. November 2022 (act. II 108 ff.) nichts zu ändern. Vorab ist festzuhalten, dass es sich bei der Persönlichkeitsstörung lediglich um eine Verdachtsdiagnose handelt (act. II 110 S. 2 unten), die dann anlässlich der IV-Begutachtung gerade nicht bestätigt wurde (act. IA 5 S. 18 unten). Sodann ist zu erwähnen, dass zwischen den beiden Begutachtungen rund

anderthalb Jahre liegen und im zweiten Gutachten explizit festgehalten wird, dass bei anhaltender Anpassungsstörung die Diagnose geändert werden müsse (act. IA 5 S. 16 Ziff. 6.2). Überdies gilt es zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie hier der Fall – lege artis vorgegangen ist (SVR 2023 IV Nr. 55 S. 191, 8C_130/2023 E. 4.5). Sodann ist vorliegend nicht die genaue Diagnose massgebend, sondern die Frage nach der Kausalität zwischen dem Unfall vom 19. Juni 2021 und den über den 31. Juli 2022 hinaus geklagten psychischen Beschwerden (vgl. hier- vor), was wegen der finalen Ausgestaltung der IV (vgl. BGE 124 V 174 E. 3b S. 178) im F. _____-Gutachten vom 7. Februar 2024 (act. IA 1 ff.) nicht (rechtsgenügend) erörtert wurde. Hingegen überzeugt das Gutachten der MEDAS vom 15. November 2022 (act. II 108 ff.) – wie in der Be- schwerde (S. 7 f. Ziff. 16 f.) zu Recht geltend gemacht – insofern nicht, als der psychiatrische Gutachter – fachfremd und ohne entsprechende Bildge- bung – die Diagnose einer mittelschweren hirneingetragenen neurokognitiven Störung (ICD-10 F06.7) stellte (act. II 110 S. 17 Ziff. 4). Ein erst nach der MEDAS-Begutachtung durchgeführtes MRI zeigte keine Veränderungen (act. IA 3 S. 14 Ziff. 6.1) und im neurologischen Teilgutachten zu Händen der IV vom 12. Januar 2024 (act. IA 8) wurde keine entsprechende Diagno- se gestellt (S. 13 Ziff. 6.3). Soweit die Beschwerdeführerin daraus jedoch abzuleiten versucht, dass das MEDAS-Gutachten vom 15. November 2022 (act. II 108 ff.) per se "nicht verwertbar" sei, da nicht ausgeschlossen wer- den könne, dass die kognitiven Einschränkungen auf die PTBS zurückzu- führen seien (Beschwerde S. 8 Ziff. 16), verkennt sie, dass auch im F. _____-Gutachten vom 7. Februar 2024 eine PTBS verneint und die neuropsychologisch festgestellte leichte- bis mittelgradige Funktionsstörung vielmehr im Rahmen der depressiven Störung interpretiert wurde (act. IA 5 S. 18 f. Ziff. 6.3). Demnach hat die fachfremd gestellte Diagnose einer mit- telschweren hirneingetragenen neurokognitiven Störung (ICD-10 F06.7; act. II 110 S. 18 Ziff. 3.3) keinen Einfluss auf die vorliegend im Streit ste- hende Kausalitätsfrage, denn massgebend ist hier, dass keine PTBS vor- liegt und deren behauptete Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbs-

tätigkeit deshalb auch nicht Unfallfolge sein können (zu den anderen psychischen Gesundheitsschäden: vgl. E. 4.5 sogleich).

Insgesamt ergeben sich nach dem Dargelegten keine konkreten Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Kausalitätsbeurteilung im MEDAS-Gutachten vom 15. November 2022 (act. II 108 ff.) sprechen. Vor diesem Hintergrund erübrigen sich die in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I Rechtsbegehren 4) eventualiter beantragten weiteren Beweisvorkehrungen in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

4.5 Der Gutachter verneinte (jedenfalls für den Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchungen vom Juni und Juli 2022 [act. II 108 S. 1 f.]) das Vorliegen einer PTBS (act. II 110 S. 16 und S. 19 Ziff. 4.1). Sodann wurden die von ihm gestellten (Verdachts-)Diagnosen einer leicht ausgeprägten Anpassungsstörung mit gemischter Beeinträchtigung der Gefühle (ICD-10 F43.23) sowie einer Persönlichkeitsstörung, gemischter Typ (ICD-10 F61; act. II 110 S. 18 Ziff. 3.4; vgl. auch act. II 110 S. 2 f.), nicht in Zusammenhang mit dem Unfallereignis gestellt (vgl. act. II 110 S. 2 f., S. 9 f. und S. 16), was überzeugt. Soweit die (latente) "depressive Verstimmung" (act. II 11 S. 1) bzw. Depression sich (bei vorbestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren) aufgrund des Ereignisses vom 19. Juni 2021 manifestierte, ergab sich dadurch allerdings keine richtunggebende Verschlimmerung (vgl. u.a. bereits E. 4.2.2 hiervor) und war eine bloss mögliche natürliche Kausalität jedenfalls im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Juli 2022 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr gegeben. Spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung war damit auch diesbezüglich der Status quo sine vel ante eingetreten. Nach dem Dargelegten ist – soweit psychische Gesundheitsschäden überhaupt natürlich kausale Folgen des Ereignisses vom 19. Juni 2021 gewesen sind – erstellt, dass der Unfall vom 19. Juni 2021 für die im Zeitpunkt der Begutachtung (weiterhin) bestehenden psychischen Beschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht kausal war (vgl. auch act. II 110 S. 19 f. Ziff. 4.1 und Ziff. 5). Da zudem im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Juli 2022 unbestrittenermassen kei-

ne unfallkausalen somatischen Beschwerden bestanden, verneinte die Beschwerdegegnerin eine über den 31. Juli 2022 hinausgehende Leistungspflicht zu Recht. Im Übrigen wäre bzw. ist hinsichtlich der psychischen Beschwerden – wie nachfolgend zu zeigen ist – auch die adäquate Kausalität zu verneinen.

5.

5.1 Wie in E. 3 hievordargelegt, stand beim Unfall vom 19. Juni 2021 die Stresssituation der Beschwerdeführerin im Vordergrund, während allfälligen somatischen Folgen lediglich untergeordnete Bedeutung beizumessen sind. Demnach ist die Adäquanz zwischen diesem Unfall und den weiterhin geklagten psychischen Störungen nach der allgemeinen Formel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) zu beurteilen, wobei nicht allein auf den psychisch gesunden Versicherten, sondern auf eine weite Bandbreite der Versicherten abzustellen ist (vgl. E. 2.3.2 hier-vor).

5.2 In Bezug auf den Unfallhergang ist zu wiederholen (vgl. E. 3 hier-vor), dass die Beschwerdeführerin, während sie bei der Arbeit eine Patientin im Rollstuhl in deren Zimmer brachte, von einem demenzkranken Patienten tätlich angegriffen und unter anderem gewürgt wurde, wobei die Dauer und Intensität des tätlichen Angriffs nicht restlos geklärt ist. Insbesondere ist fraglich, ob das tätliche Einwirken – wie beschwerdeweise geltend gemacht (Beschwerde S. 5 Ziff. III/6 und S. 6 Ziff. III/7) – minutenlang andauerte, gab die Beschwerdeführerin anfänglich doch selber an, es seien zwar einige Minuten vergangen, bis ihr eine Mitarbeiterin zu Hilfe gekommen sei, sie habe sich in der Zwischenzeit jedoch losreissen können (act. II 8); zudem hätte minutenlanges Würgen objektivierbare somatische Spuren hinterlassen, was vorliegend gerade nicht erstellt ist.

5.3 Nach der Rechtsprechung sind gewisse Schreckereignisse nicht geeignet, einen dauernden, erheblichen psychischen Schaden zu verursachen. Dies gilt namentlich, wenn weder das Opfer noch eine Drittperson einen erheblichen Körperschaden erlitten und das Schreckereignis nur relativ kurze Zeit gedauert hat. Die übliche und einigermaßen typische Reakti-

on auf solche Ereignisse dürfte erfahrungsgemäss darin bestehen, dass zwar eine Traumatisierung stattfindet, diese aber vom Opfer in aller Regel innert einiger Wochen oder Monate überwunden wird. Eine psychische Störung und lang andauernde Erwerbsunfähigkeit könnten nicht mehr in einem weiten Sinne als angemessen oder einigermassen typische Reaktion auf ein solches Schreckereignis bezeichnet werden (SVR 2016 UV Nr. 29 S. 95, 8C_167/2016 E. 2.2). So verneinte das EVG (allerdings in Anwendung der Adäquanzkriterien von BGE 115 V 139) im Fall einer Versicherten, die auf offener Strasse von einem Unbekannten angegriffen, zu Boden gedrückt und in Tötungsabsicht gewürgt worden war (RKUV 1996 Nr. U 256 S. 215), die Adäquanz ebenso wie im Fall eines nächtlichen Angriffs eines alkoholisierten Mannes mit beschimpfen und würgen einer Frau (Urteil des EVG U 390/04 vom 14. April 2005). Im Fall einer Versicherten, die von ihrem Arbeitgeber anlässlich einer Auseinandersetzung über Lohnansprüche und Darlehensrückzahlungen tätlich angegriffen und durch Würgen am Hals verletzt worden war, erachtete das BGer die Bejahung der Adäquanz zwischen dem Ereignis und den psychischen Beschwerden für die Dauer von sechs Monaten als den Umständen angemessen (Urteil des BGer 8C_182/2010 vom 2. Juli 2010). Sodann bestätigte das BGer die vom Unfallversicherer nach rund zwei Monaten vorgenommene Leistungseinstellung im Falle einer Versicherten, die als Betreuerin in einem Wohnheim für psychisch, geistig und körperlich behinderte Personen tätig war, welche von einem Heimbewohner tätlich angegriffen worden war, wobei sie multiple Prellungen und Quetschungen an Rippen, Hals und dem rechten Oberschenkel erlitt (Urteil des BGer 8C_168/2011 vom 11. Juli 2011).

5.4 Dem Unfall vom 19. Juni 2021, bei welchem die Beschwerdeführerin von einem dementen Patienten von hinten angegriffen, geschlagen, gewürgt und festgehalten wurde, ist eine gewisse Eindringlichkeit nicht abzuspüren und es ist nachvollziehbar, dass sie das Ereignis subjektiv als bedrohlich empfand. Sodann ist zu beachten, dass bei der Beschwerdeführerin zwar die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung (act. II 110 S. 2 unten) bis anhin nicht bestätigt respektive im IV-Gutachten ausgeschlossen wurde (act. IA 5 S. 18 Ziff. 6.3), sie jedoch eine belastete Entwicklungsanamnese aufweist und bereits früher – nach einem nicht von ihr verschuldeten Verkehrsunfall – wegen psychischer Beschwerden offen-

bar vorübergehend längere Zeit in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt war (act. II 110 S. 2). Diese prätraumatische Persönlichkeitsstruktur ist insoweit in die Adäquanzprüfung miteinzubeziehen, als auch solche Versicherte Bezugspersonen für die Adäquanzbeurteilung bilden, die im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung eines Unfalles nicht optimal reagieren (BGE 129 V 177 E. 3.3 S. 182). Dennoch ist das erlebte Ereignis mit Blick auf die vorgenannte höchstrichterliche Rechtsprechung (vgl. E. 5.3 hiervor) und den Umstand, dass die Bedrohungs- und Gewaltsituation lediglich von kurzer Dauer (höchstens wenige Minuten [vgl. E. 5.2 hiervor]) war, nicht geeignet, langjährige psychische Beschwerden auszulösen. Sodann heilten allfällige somatische Beschwerden, sollten solche denn tatsächlich vorhanden gewesen sein, ohne jegliche ärztliche Behandlung folgenlos ab (vgl. hierzu E. 3 hiervor). Indem die Beschwerdegegnerin die Adäquanz zwischen dem Unfall vom 19. Juni 2021 und den psychischen Beschwerden für die Dauer von gut 13 Monaten bejahte, trug sie mit Blick auf die in E. 5.3 hiervor genannte Rechtsprechung den konkreten Umständen – auch unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin respektive ihrer Vorgeschichte – hinlänglich Rechnung. Der vorliegende Fall unterscheidet sich denn auch mit Bezug auf die Dauer und Intensität der Gewalteinwirkung respektive der Bedrohungselemente sowie des psychischen Vorzustandes massgeblich von jenem, wie er dem von der Beschwerdeführerin ins Feld geführten Urteil des BGer 8C_551/2022 vom 31. März 2023 (publ. in SVR 2023 UV Nr. 38 S. 135; Beschwerde S. 4 f. Ziff. III/5) zugrunde lag, worin der an einer Persönlichkeitsstörung und einer Suchtproblematik leidende Versicherte in seinem eigenen Haus und in Anwesenheit seiner drei minderjährigen Kinder über 20 Minuten hinweg mit einer geladenen und entscherten Pistole von einem alkoholisierten Mann bedroht wurde, wobei ihm unter anderem der Lauf der Waffe auf die Brust gesetzt wurde.

Zusammenfassend besteht zwischen dem Unfall vom 19. Juni 2021 und den über den 31. Juli 2022 hinaus geklagten psychischen Beschwerden – nebst dem fehlenden natürlichen Kausalzusammenhang – auch kein adäquater Kausalzusammenhang. Mithin ist ein über den 31. Juli 2022 hinausgehender Leistungsanspruch zu verneinen.

6.

Nach dem Dargelegten verneinte die Beschwerdegegnerin eine über den 31. Juli 2022 hinausgehende Leistungspflicht zu Recht. Demnach ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2023 (act. II 175) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

7.

7.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBl 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Helsana Unfall AG (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 31. März 2025)
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.