

# GR\_GERICHTE SV2 2024 20 vom 25. September 2025

GR Gerichte, 2025-09-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_SV2\\_2024\\_20](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV2_2024_20)

FR: GR\_GERICHTE SV2 2024 20 du 25 septembre 2025

IT: GR\_GERICHTE SV2 2024 20 del 25 settembre 2025

## Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 31. Januar 2024. Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG (SR 830.1) kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer wohnt im Kanton Graubünden, womit die örtliche Zuständigkeit des Obergerichts des Kantons Graubünden, auf welches die am 1. Januar 2025 beim früheren Verwaltungsgericht hängigen Verfahren übertragen wurden (Art. 122 Abs. 5 GOG [BR 173.000]), gegeben ist. Dessen sachliche Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer davon überdies berührt und er weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten (vgl. Art. 60 und 61 ATSG).

### E. 2

Vorliegend ist unbestritten, dass das Ereignis vom 18. November 2019 (Raubüberfall) als Unfall i.S.v. Art. 6 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG zu qualifizieren ist. Ebenfalls unbestritten ist die Einstellung der Taggeldleistungen, Pflegeleistungen und Kostenvergütungen per 31. Oktober 2022. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist jedoch, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf

8 / 44 eine Invalidenrente gemäss UVG sowie eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint hat.

### E. 3

Die Beschwerdegegnerin begründet die Verneinung des Rentenanspruchs im Wesentlichen damit, dass der Beschwerdeführer gemäss MZR-Gutachten vom

#### E. 3.1

Gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn er infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG) ist. Als rentenbegründende Invalidität im Sinne von Art. 18 Abs. 1 UVG gilt bei erwerbstätigen Versicherten die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Mit der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; vgl. BGE 148 V 195 E. 2.2).

3.2.1. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende

### **E. 3.3**

Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das MZR-Gutachten vom 6. Oktober 2022 (sowie die medizinische Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2023) abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen bzw. ob das Administrativgutachten sowie die versicherungsmedizinische Stellungnahme vom Mai 2023 von der übrigen medizinischen Aktenlage in Zweifel gezogen werden. Dabei gilt es vorab, auf die medizinische Verlaufsgeschichte des Beschwerdeführers einzugehen (vgl. dazu nachstehende Erwägungen 4.1 ff.).

4.1. Gemäss Schadenmeldung vom 20. November 2019 erlitt der Beschwerdeführer beim Raubüberfall am 18. November 2019 vier Stichwunden an Nacken, Schulter und Hinterkopf, Schürfwunden an beiden Armen, an beiden Augen und im Gesicht, Verletzungen am 4. Finger der linken Hand sowie einen Zahnschaden (act. A1).

4.2. Am 10. Dezember 2019 liess sich der Beschwerdeführer bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_ untersuchen. Letzterer gelangte in seinem Bericht vom 6. Februar 2020 zum Schluss, der Beschwerdeführer habe am 18. November 2019 ein Schädel- Hirn-Trauma mit Commotio cerebri und eine rechts occipitale Rissquetschwunde (recte wohl: Stichwunde) erlitten. Seither leide er unter Kopfschmerzen, welche die Kriterien eines posttraumatischen Spannungskopfschwehs erfüllten. Ferner bestehe durch die Weichteilverletzung occipital eine beeinträchtigende Dysästhesie bis Hyperpathie. Für das weitere Procedere schlug er primär den Einsatz von Sirdalud 2 - 4 mg vor dem Schlafen vor, wodurch einerseits das Spannungskopfschweh und andererseits die Schlafstörung günstig beeinflusst werden sollten (act. M38; vgl. auch act. M30).

4.3. Am 29. Januar 2020 wurde der Beschwerdeführer sodann bei Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, untersucht, welche einen Tinnitus und Ohrdruck beidseits am ehesten cervikogen bei Status nach Überfall am

## **E. 6**

Oktober 2022 und der medizinischen Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2023 in seiner angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sei.

### **E. 6.5**

Stunden) bei der G. \_\_\_\_\_ weiterarbeiten konnte (vgl. dazu vorstehende Erwägung 4.15). Im Verlaufsbericht vom 6. Dezember 2021 hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sodann fest, zusammengefasst sehe sie für den Beschwerdeführer weiterhin eine positive Prognose. Es sei jedoch zu berücksichtigen, dass auch weiterhin keine schlagartige prozentuale Arbeitssteigerung zu erreichen sein werde, nachdem der Beschwerdeführer nun über knapp ein Jahr im geschützten Rahmen eine Arbeitsstelle von ca. 45 % innegehabt habe. Sie gehe somit auch momentan von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit aus, wobei der wichtigste Therapiepeiler sicherlich auch in Zukunft der regelmässige Fitnessbesuch mit ergänzender punktueller Physiotherapie sei (act. M47). Auch Dr. med. K. \_\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer am 30. November 2022 rheumatologisch untersuchte, gelangte in seiner Beurteilung zum Schluss, es sei nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit bisher nicht über 40 % habe gesteigert werden können (vgl. act. A261, Beilage 1 [= act. B.1]). In Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall im

## **E. 9**

/ 44 Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet, bzw. sie nimmt dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 f., 140 V 193 E. 3.1 f., 132 V 93 E. 4; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_590/2023 vom 15. Oktober 2024 E. 4.3, 8C\_569/2021 vom 2. Februar 2022 E. 3.2.2, 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4, 9C\_47/2021 vom 18. März 2021 E. 5.2.3). 3.2.2. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2, 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts 8C\_53/2022 vom 5. Juli 2022 E. 2.3, 8C\_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C\_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1, 8C\_101/2021 vom 25. Juni 2021 E. 5.1, 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021

E. 2.4). 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen

#### **E. 10**

/ 44 sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung jedoch volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_274/2024 vom 14. November 2024 E. 4.2, 9C\_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 3, 8C\_166/2022 vom 13. Oktober 2022 E. 4.1.1, 8C\_213/2022 vom 4. August 2022 E. 2.3, 8C\_84/2022 vom 19. Mai 2022 E. 2.2, 8C\_33/2021 vom 31. August 2021 E. 2.2.2).

#### **E. 11**

/ 44 18. November 2019 mit Messerstichverletzungen diagnostizierte. In ihrer Beurteilung hielt sie fest, beim Beschwerdeführer zeigten sich eine deutliche Verspannung der cervikalen Muskulatur und eine Schonhaltung. Die Untersuchung der Ohren sei hingegen unauffällig. Therapeutisch stehe die Entspannung der cervikalen Muskulatur im Vordergrund. Sie habe dem Beschwerdeführer auch erklärt, dass alleine ein solches Ereignis mit dieser Belastungssituation ein Ohrgeräusch auslösen könne. Er werde nun weiter zur Physiotherapie gehen (act. M22). 4.4. Aufgrund der weiterhin hohen Schmerzintensität und unzureichender Wirkung der bisherigen therapeutischen Massnahmen (Medikamente, Physiotherapie, MTT) meldete Dr. med. C.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 17. März 2020 in der Schmerzprechstunde des Spitals D.\_\_\_\_\_ an (act. M30). 4.5. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 26. März 2020 eine Occipitalneuralgie rechts und Traumafolgen im Bereich des Schädels/Nackens. Der Beschwerdeführer berichte vor allem über die lokale Druckdolenz im Bereich der Narbe respektive etwas cranial davon, die persistierende Gefühlsstörung im Bereich der Occipitalisinnervation und die immer noch (vorhandene) Steifigkeit respektive Dysbalance in der Schulter-/Nackermuskulatur. Für das weitere Prozedere empfahl sie eine medikamentöse Behandlung mit Pregabalin und Relaxane sowie die Weiterführung von Physiotherapie und MTT. Ausserdem veranlasste sie eine Konsultation bei Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zur Evaluation einer neuraltherapeutischen Behandlung sowie eine psychotherapeutische Behandlung bei Dr. phil. M.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin Psychotherapie FSP. Für den April 2020 bestätigte sie sodann weiterhin die Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. M25). 4.6. Vom 31. März 2020 bis am 28. Juli 2020 befand sich der Beschwerdeführer in psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. phil. M.\_\_\_\_\_ (Trauma- sowie Schmerztherapie). Der Beschwerdeführer habe Schlafstörungen (mehrmaliges kurzes Erwachen) und Konzentrationsschwierigkeiten sowie einen stechenden Schmerz, wenn er längere Zeit am Computer arbeite und generell wenn er längere Zeit in einer fixen Haltung sitze, beklagt. Anlässlich des Kontrolltermins am 23. November 2020 gab der Beschwerdeführer gemäss Bericht von Dr. phil. M.\_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2022 an, es gehe ihm psychisch besser, er leide jedoch noch unter Schmerzen (act. M48). 4.7. In ihrem Bericht vom 2. April 2020 führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide seit

dem Unfall im November 2019 unter persistierenden

## **E. 12**

/ 44 Schmerzen und Spannungsgefühl am Hinterkopf rechts, ausstrahlend bis zur Stirn und temporal. Zusätzlich bestehe ein Schweregefühl des Kopfes mit Spannungsempfinden. Der Nachtschlaf sei schmerzbedingt gestört. Die occipitalen Schmerzen und Missempfindungen stünden im Vordergrund, zusätzlich leide der Beschwerdeführer unter Nackenschmerzen, rechts mehr als links, ziehend zum Schultergürtel beidseits. In der manualmedizinischen Untersuchung befundete sie insbesondere muskuläre Dysbalancen des Schultergürtels mit Protraktion der Schultern sowie Triggerpunkte (M. splenius capitis rechts, M. trapezius descendens beidseits am Schulterdach, M. temporalis rechts). Sodann gelangte sie zum Schluss, dass beim Beschwerdebild des Beschwerdeführers eine neuraltherapeutische Behandlung indiziert sei, wobei zunächst lokale Infiltrationen im Bereich des hinteren Kopfes, des Nackens und des Schultergürtels vorgesehen seien. Wichtig sei vor allem die Infiltration der Narben der Kopfschwarte, da die beklagten Irritationen von daher ausgingen (act. M27 f.). 4.8. Zwecks Ausschluss weiterer Pathologien wurde am 25. Mai 2020 ein MRI der Halswirbelsäule erstellt. Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, befundete dabei eine grossflächige Narbe okzipital rechts in den Weichteilen, kutan, subkutan bis in den Ansatz der Nackenmuskulatur, sonst keine Läsion im mutmasslichen Verlauf des Nervus occipitalis major und minor. Insbesondere auch keine foraminale Enge oder Kompression C1, 2, 3 beidseits (act. M33). 4.9. Am 28. Juli 2020 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_\_, dass sich die Situation durch eine intensive Physiotherapie, begleitetes MTT und eine Adaptation der Medikation resp. eine neu begonnene Neuraltherapie deutlich verbessert habe, nachdem die Situation im März 2020 noch recht verzweifelt ausgesehen habe und der Beschwerdeführer in sehr vielen Alltagsaktivitäten massiv eingeschränkt gewesen sei, einen äusserst schlechten Nachtschlaf und eine minimale Belastbarkeit gehabt habe. Er sei sicherlich noch nicht auf seinem vorangehenden Leistungsniveau, die Perspektiven seien im Moment jedoch sehr positiv. Er schaffe es deutlich besser, mit Stress und Belastung umzugehen, habe sich hinsichtlich der muskulären Fehlhaltung und Verspannung als Schutzreaktion lösen können und habe schon fast wieder seine ursprüngliche Beweglichkeit zurück. Es sei daher beschlossen worden, auch den Juli noch einmal für intensive Therapie zu nutzen und erst im letzten Quartal des Jahres mit einer Arbeitssuche resp. langsamen Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu beginnen (act. M34). 4.10. Auch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 16. September 2020 fest, der Beschwerdeführer habe deutlich von der Neuraltherapie mit lokoregionalen Procaininfiltrationen (im Bereich der occipitalen Narbe, der Thoraxnarben sowie der

### **E. 12.1**

Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

### **E. 12.2**

Die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Abklärung und zu neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt und ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wurde (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 132 V 215 E. 6.1; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_424/2023 vom 21. Februar

### **E. 13**

/ 44 Triggerpunkte der suboccipitalen Muskulatur und der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur) in Kombination mit Manualtherapie (im Bereich des Kopfes, des Nackens und des zervicothorakalen Übergangs) profitiert. Die Schmerzen im Hinterkopf seien zwar noch vorhanden, jedoch könne der Beschwerdeführer damit deutlich besser umgehen (act. M36). Am 23. Februar 2021 berichtete sie sodann, dass die Neuraltherapie-Injektionen in Kombination mit Manualtherapie in der Zwischenzeit mit grösseren Abständen hätten weitergeführt werden können, da es dem Beschwerdeführer zunehmend besser gehe. Ein Arbeitsversuch seit November 2020 (vgl. dazu nachstehende Erwägung 4.11) mit zunehmendem Pensum habe vorübergehend die Schmerzen im Bereich des Schulter-Nackensbereichs und rechts parietal und okzipital verstärkt. Die regelmässige Neuraltherapie in Kombination mit Manualtherapie lindere die Schmerzen jedoch immer zuverlässig. Die Muskulatur im Nacken und Schulterbereich sei schön weich und ohne jegliche Verhärtungen. Es bestehe jedoch ein Druckschmerz suboccipital rechts am Muskelursprung des Trapezius descendens sowie immer noch eine empfindliche Narbe am Hinterkopf. Druck auf diesen Bereich löse eine unangenehme Sensation im Bereich des rechten parietalen Schädels aus. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei in allen Ebenen frei und altersentsprechend, teilweise endgradig schmerzhaft im Bereich der rechten distalen HWS/cervicothoracaler Übergang. Rechts parietal bestehe eine deutliche Hyperalgesie entlang der Versorgung des Nervus occipitalis major. Das bisherige Kombinationsprogramm mit MTT, Physiotherapie und Teilzeit- Wiedereingliederung (zurzeit drei Tage pro Woche à 6 - 7 Stunden) sollte unbedingt in Kombination mit Neuraltherapie/Manualtherapie fortgesetzt werden (act. M37). 4.11. Im November 2020 startete der Beschwerdeführer einen therapeutischen Arbeitseinsatz beim Rechtsdienst der G.\_\_\_\_\_ zu einem Pensum von 40 %, verteilt auf drei Tage pro Woche (Montag [7 Stunden], Dienstag [7 Stunden] und Donnerstag [4 Stunden]; Arbeitsort: O.\_\_\_\_\_). Gemäss Zwischenbericht vom November 2020 nahm die Verspannung im Hals- und Nackenbereich mit zunehmender Arbeitszeit tagsüber zu. Insbesondere am Monatsanfang mit dem langen Einführungstag habe der Beschwerdeführer am Abend deutliche Schmerzen verspürt. Die Situation habe sich mit der Angewöhnung an den Rhythmus etwas verbessert, die Verspannungen seien aber nach wie vor am Ende eines Arbeitstages vorhanden. Trotz tagsüber zunehmender Verspannung habe der Beschwerdeführer nach eigener Aussage bisher keinen merklichen Abfall der Konzentrationsfähigkeit bei sich feststellen können (act. A81; vgl. auch die Vereinbarung betreffend den therapeutischen Arbeitseinsatz [act. A84]).

### **E. 14**

/ 44 Im Dezember 2020 wurde das Arbeitspensum zunächst auf 50 % (Montag, Dienstag und Donnerstag [je 7 Stunden]; Arbeitsort: O.\_\_\_\_\_ ) und in der dritten Dezemberwoche auf 60 % erhöht (Mittwoch [halber Tag]; Homeoffice). Gemäss Zwischenbericht vom Dezember 2020 wirkte sich der zusätzliche Präsenzhalbtage nicht negativ auf die

Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus. Bei sporadisch längerer Arbeitszeit (> 7 Stunden) habe der Beschwerdeführer bei sich selbst aber anschliessend einen Abfall der Konzentrationsfähigkeit festgestellt, dies vor allem bedingt durch zunehmende Verspannungen der Nacken-/Kopfmuskulatur und Kopfschmerzen. Je länger ein Tag dauere, desto stärker nehme die verspannungsbedingte Erschöpfung beim Beschwerdeführer zu und desto länger brauche er für die Regeneration. Zu beachten gelte es diesbezüglich auch, dass der Beschwerdeführer bei den drei Präsenztagen in O.\_\_\_\_\_ pro Weg jeweils rund 1 Stunde und 45 Minuten Pendelstrecke habe; pro Tag also mehr als 3 Stunden. Die hohe Pendelzeit trage zur physischen Belastung und Verspannung im Kopf-Nacken-Bereich merklich bei. Bei einer deutlich kürzeren Pendelzeit könnte die Arbeitszeit, bei insgesamt gleicher physischer Belastung, um 10 - 20 % höher ausfallen. Sodann lässt sich dem Zwischenbericht vom Dezember 2020 entnehmen, dass der halbe Tag Homeoffice in der dritten Dezemberwoche für den Beschwerdeführer anstrengender war als die gleiche Arbeitszeit im Büro. Dies deshalb, weil er zu Hause nicht über die ideale Infrastruktur verfüge (kein Stehpult; act. A92). Im Januar 2021 arbeitete der Beschwerdeführer nach wie vor zu einem Pensum von 60 % (Montag, Dienstag und Donnerstag [je 7 bis 7.5 Stunden; Arbeitsort: O.\_\_\_\_\_] sowie Mittwoch [4 Stunden; Homeoffice]). Gemäss dem Zwischenbericht vom Januar 2021 hatte der Beschwerdeführer in der Woche vor den Festtagsferien (21.-23. Dezember 2020) an drei aufeinanderfolgenden Tagen vor Ort in O.\_\_\_\_\_ gearbeitet. Dieser komprimierte Arbeitseinsatz ohne Pause in der Mitte der Woche habe deutlich stärkere Auswirkungen bezüglich Verspannung und Kopfschmerzen gezeigt. Anfang Januar habe der Beschwerdeführer sodann am Mittwoch vier Stunden Homeoffice ausprobiert. Die Arbeit am Laptop ohne Bildschirm auf Augenhöhe habe die Belastung bezüglich Nacken-/Kopfhaltung spürbar erhöht. Mitte Januar habe festgestellt werden müssen, dass dies sowie die fehlende Regenerationszeit nicht ideal seien. Der Beschwerdeführer sei nach wie vor auf eine Erholungsphase Mitte der Woche angewiesen. Darüber hinaus lässt sich dem Zwischenbericht entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei 7 bis 7.5 Stunden Präsenzzeit eine gute Leistung erzielt habe. Eine Erhöhung auf 8 Stunden sei aber (noch) nicht angezeigt. Ein Versuch habe gezeigt, dass die zusätzlichen

## **E. 15**

/ 44 Verspannungen und die negativen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit bei einer zusätzlichen halben Stunde deutlich erkennbar seien (act. A98). Im Zwischenbericht von Februar bis Mitte März 2021 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund der noch ausstehenden Homeoffice-Infrastruktur und der nach wie vor geltenden, coronabedingten Vorgaben für reduzierte Präsenzarbeit wohl bis Ende März nur die drei Arbeitstage in O.\_\_\_\_\_ absolvieren werde (act. A113). 4.12. Auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin erfolgte am 19. April 2021 eine neurologische Standortbestimmung bei Dr. med. H.\_\_\_\_\_. Letztere hielt in ihrem Bericht vom 27. April 2021 fest, es bestehe, wie bereits in Vorberichten diagnostiziert, ein chronisches posttraumatisches Schmerzsyndrom cervikocephal rechts mit klinisch deutlichen myofaszialen Komponenten und Reizkomponenten bei Neuropathie des Nervus occipitalis rechts. Unter ausgebauter konservativer Therapie und Betreuung in der Schmerztherapie des Spitals D.\_\_\_\_\_ sei es zu einer stetigen, aber noch inkompletten Rückbildung gekommen. Die konservative Therapie sollte fortgeführt werden. Medikamentöse Optionen würden momentan nicht gewünscht, anbieten könnte man hinsichtlich der neuropathischen Beschwerdekompenten eine Medikation mit Pregabalin oder Gabapentin, daneben unter Berücksichtigung der Schlafstörung auch eine schlafanstossende Medikation mit z.B. Amitriptylin oder eine

schmerzmodulierende Therapie mit Duloxetin am Morgen. Auch die patientenseitig angefragte Akupunktur dürfe versucht werden, offenbar sei auf einen entsprechenden Versuch bei bereits sehr ausgedehnten Therapien bisher verzichtet worden. Die langsame berufliche Reintegration mit langsamem beschwerdeadaptiertem Ausbau der Belastbarkeit sollte unverändert fortgeführt werden (act. M42). 4.13. Mit E-Mail vom 21. April 2021 teilte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin mit, ein erster Versuch, den letzten Freitag (nebst Montag, Dienstag und Donnerstag) mit ca. 4 bis 4.5 Stunden Arbeitszeit zu ergänzen, habe zu einer erneuten starken Schmerzverschlechterung geführt. Sinnvollerweise sollte der Arbeitsversuch nach einer zweiwöchigen Regenerationspause ab Mitte Mai 2021 bis zunächst Ende Juni 2021 weitergeführt werden. Ohne eine weitere Verlängerung sei eine Einschätzung, inwiefern ein zusätzliches Pensum am Freitag realisierbar sein könnte, nicht möglich. Das höhenverstellbare Stehpult sollte voraussichtlich in der Kalenderwoche 22 2021 geliefert werden können (act. A123 f.).

## **E. 16**

/ 44 4.14. Im Verlaufsbericht vom 30. April 2021 hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer berichte von einer missglückten Steigerung der Arbeitsfähigkeit von drei Tagen auf vier Tage infolge einer massiven Schmerzzunahme am Arbeitstag selber sowie einer ungenügenden Schmerzreduktion über die nachfolgenden Freitage. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gelangte denn auch zum Schluss, dass eine Erhöhung der aktuellen Arbeitsstunden von dreimal 6.5 Stunden (= ca. 45 %) auf vier Tage im Moment nicht realistisch sei. Da der Beschwerdeführer jedoch Homeoffice tauglich gemacht sei (vgl. dazu auch die Mitteilung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 11. Juni 2021 betreffend Anpassung des Arbeitsplatzes [act. A151]), müsste sicherlich eine gesamte Steigerung mit einer Erhöhung des Homeofficeprozentsatzes einhergehen. Wahrscheinlich wäre eine initiale Reduktion der Arbeitsstunden der drei bisherigen Tage zu Gunsten einer Ergänzung um einen vierten Tag anzustreben, damit sich der Beschwerdeführer über die nächsten zwei bis drei Monate an eine Arbeitswoche mit vier Tagen adaptieren könne. Zu berücksichtigen sei ebenfalls, dass der Beschwerdeführer natürlich den weiten Arbeitsweg bis nach O. \_\_\_\_\_ auf sich nehmen müsse, was ebenfalls eine Belastung darstelle. Abgesehen davon hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, sie sei mit dem Verlauf grundsätzlich zufrieden. Dass die Fortschritte mit zunehmendem zeitlichen Abstand zum Ereignis proportional kleiner würden, sei normal, es sei jedoch sicherlich noch kein Endresultat erreicht. Nervenverletzungen bräuchten sehr viel Zeit zu heilen, eine Heilungszeit über mehrere Jahre sei nicht unüblich. Ebenfalls sei nicht auszuschliessen, dass Restsymptome bestehen blieben und der Beschwerdeführer auch weiterhin eingeschränkt sein werde. Da sich die Problematik am Hinterkopf befinde, was den Beschwerdeführer auch nachts während des Schlafens beeinträchtige, und die gesamte Nackenmuskulatur vor allem rechts mitbetroffen sei, seien die Auswirkungen sicherlich auch noch über die nächsten Jahre zu erwarten. Um die Schädigung des Nervus occipitalis noch etwas besser zu quantifizieren (mittels einer quantitativ sensorischen Testung des rechten Hinterkopfes sowie eines Nervenultraschalls), überwies sie den Beschwerdeführer sodann an das Zentrum für Schmerzmedizin I. \_\_\_\_\_ (act. M41). 4.15. Gemäss Aktenlage wurde der therapeutische Arbeitsversuch in der Folge seitens der Beschwerdegegnerin nicht weiter verlängert, sondern per 30. April 2021 beendet. In der Folge wurde der Beschwerdeführer bei der G. \_\_\_\_\_ zu einem Pensum von 45 % (dreimal 6.5 Stunden) angestellt, wobei das befristete Arbeitsverhältnis letztlich bis zum 31. Dezember 2021 verlängert wurde (vgl.

## **E. 17**

/ 44 act. A134, A138, A153, A156, A162 f., A208; vgl. auch act. A125, A128, A131, A158). 4.16. Im Bericht des Zentrums für Schmerzmedizin I. \_\_\_\_\_ vom 2. September 2021 wurden folgende aktuellen Diagnosen ausgewiesen: ■ M54.2: Parietooccipitaler Schmerz rechts, am ehesten nozizeptiver Genese, nicht sicher der Neuropathie des N. occipitalis zuordenbar (ICHD-3: 14.1), DD: muskulär ■ M79.61: Chronischer nozizeptiver Schmerz (DD: muskuloskelettal) im Bereich Nacken und Schulter rechts, z.T. auch links ■ G52.8: Neuropathie des N. occipitalis major rechts ■ Z87.8: Status nach Überfall 18.11.2019 in P. \_\_\_\_\_ [...] In der zusammenfassenden Beurteilung hielt Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, fest, klinisch-neurologisch lasse sich die Dysästhesie exakt dem Versorgungsgebiet des Nervus occipitalis major und minor zuweisen, so dass die Diagnose einer Neuropathie des Nervus occipitalis major und minor zu stellen sei, welche anhand der genannten Hinterkopfverletzungen zu werten sei. Weiter hielt er fest, anästhesiologisch habe sich in der klinischen Evaluation ein erhöhter Muskeltonus beidseitig gezeigt, mit Betonung der rechten Seite. Dies könnte durchaus zu einer neuralen Reizung der Nerven führen und somit die Schmerzen über das Versorgungsgebiet hinaus erklären. Der Beschwerdeführer scheine diesbezüglich auch ein Überforderer zu sein, der zum Teil über seine Grenzen hinaus trainiere. Ebenso stehe der Verdacht im Raume, dass ein Durchhalteverhalten vorhanden sei. Eine facettogene Beteiligung sei ebenfalls nicht auszuschliessen, könnte jedoch auch durch die muskuläre Anspannung bedingt sein. Aus neurologischer Sicht sei die Ursache des assoziierten dauerhaften Nackenschmerzes rechts sowie Schulterschmerzes beidseits mit Schmerzverstärkung bei körperlicher Belastung, Zwangshaltung wie Arbeiten am Computer nicht eindeutig zuordenbar. Bei Druckschmerzhaftigkeit von Weichteilstrukturen und im Schulter-/Nackensbereich beidseits, beim Nachweis von Verspannungen des M. trapezius beidseits sowie Sternocleidomastoideus rechts sei von einem nozizeptiven muskuloskelettalen Schmerz auszugehen. Auch die Ursache des aktuell geschilderten Schmerzsyndroms mit Schmerzen in einem handtellergrossen Areal am Hinterkopf rechts sei aus neurologischer Sicht nicht eindeutig zuordenbar. Bei Fehlen von typischen einschliessenden plötzlichen Schmerzattacken, auch Fehlen einer Druckempfindlichkeit des N. occipitalis major und minor rechts, liege keine N. occipitalis Neuralgie rechts vor. Bei dumpfem und verspanntem Schmerzcharakter sei dieser parietooccipitale Schmerz als nozizeptiv, möglicherweise auch als unspezifisch bzw. muskuloskelettal im Rahmen des assoziierten Schulter-/Nackenschmerzes zu werten (act. M45).

## **E. 18**

/ 44 4.17. Im Verlaufsbericht vom 6. Dezember 2021 hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, zusammengefasst sehe sie für den Beschwerdeführer weiterhin eine positive Prognose. Die Veränderungen der letzten zwölf Monate seien nicht mehr so frappant wie jene der ersten zwölf Monate, jedoch sei in der gesamten Zusammenschau die Situation deutlich besser; die Schmerzsituation sei grundsätzlich besser als noch vor einem Jahr, bei deutlich gesteigerter Belastung. Auch sei die Narbenrückbildung durch die intensive Massage und Physiotherapie gut; die Nervenstörung am Hinterkopf sei zwar noch vorhanden, irritiere den Beschwerdeführer jedoch nicht mehr wie initial. Zu berücksichtigen sei jedoch, dass auch weiterhin keine schlagartige prozentuale Arbeitssteigerung zu erreichen sein werde, nachdem der Beschwerdeführer nun über knapp ein Jahr im geschützten Rahmen eine Arbeitsstelle von ca. 45 % ausgeübt habe, mit allen Freiheiten und Pausenmöglichkeiten.

Dies werde sicherlich in der realen Arbeitswelt nicht so toleriert sein und er werde mehr Druck verkraften können müssen. Sie gehe somit auch momentan von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit aus mit der Prognose, dass der Beschwerdeführer diese hoffentlich in den nächsten 12 - 24 Monaten deutlich steigern könne auf 80 - 100 %. Der wichtigste Therapiepeiler sei sicherlich auch in Zukunft der regelmässige Fitnessbesuch, der mittels punktueller Physiotherapie ergänzt werden solle, um eine muskulär stabilisierte und detonierte Situation zu erzielen. Die Medikamente habe er abgesetzt bis auf die Assan Patches, welche er regelmässig appliziere, da vor allem diese tiefe Wärme für ihn sehr entspannend sei (act. M47). 4.18. Mit Schreiben vom 29. März 2022 gab die Beschwerdegegnerin bei der MZR Medizinisches Zentrum Römerhof GmbH die Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (nachfolgend: MZR-Gutachten) in Auftrag, welches am 6. Oktober 2022 erstattet wurde (Fachdisziplinen: Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie). Darin gelangten die Gutachterin und die Gutachter zum Schluss, es bestünden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wiesen sie was folgt aus (vgl. act. M53): 1. Minimale neuropsychologische Störung mit/bei - minimalen Einbussen bei der formallexikalischen Wortflüssigkeit 2. Neuropathie des Nervus occipitalis major rechts nach okzipitaler Stichverletzung 3. Status nach Comotio cerebri bei Überfall am 18. November 2019 4. Chronische rechtsbetonte Schulter- und Nackenschmerzen 5. Durchschlafstörungen 6. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41

## **E. 19**

/ 44 4.19. Am 30. November 2022 liess sich der Beschwerdeführer bei Dr. med. K. \_\_\_\_\_ rheumatologisch untersuchen. Letzterer diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Dezember 2022 ein chronisches zervikospondylogenes und zervikozepales Syndrom rechts betont und eine Neuropathie des Nervus occipitalis major rechts. Als relevante klinische Befunde wies er unter anderem eine HWS-Beweglichkeit mit ein Drittel eingeschränkter Rotation nach links sowie einen erhöhten Muskeltonus im Bereich der Schulter-/Nackenmuskulatur aus. In seiner Beurteilung hielt er sodann fest, klinisch zeige sich aktuell als Hauptbefund ein erhöhter Muskeltonus im Bereich der Schulter-/Nackenschmerzen rechts betont mit verschiedenen palpablen Triggerpunkten. Dass dies jeweils zu einer deutlichen Beschwerdezunahme unter Belastung führe, sei aus medizinischer Sicht gut nachvollziehbar. Somit sei auch nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit bisher nicht über 40 % habe gesteigert werden können. In einem Gutachten sei dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden (act. A261, Beilage 1 [= act. B.1]). 5. Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. vorstehende Erwägung 3.2.2) ist festzustellen, dass das MZR-Gutachten vom 6. Oktober 2022 in Kenntnis der Vorakten (vgl. act. M53 S. 2 ff., S. 59, S. 67, S. 72 f. und S. 74) sowie der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. act. M53 S. 51 ff., S. 59 ff., S. 67 f., S. 72 f. und S. 75 ff.). Es basiert auf eigenen klinischen und laborchemischen Untersuchungen (vgl. act. M53 S. 54 ff., S. 61 ff., S. 68 ff. und S. 82 ff.). Auch nahmen die Gutachter zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. act. M53 S. 58, S. 64 ff., S. 71 ff. und S. 89 ff.). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, das Gutachten sei lückenhaft, da die Seiten vier bis sieben des Untersuchungsberichts von I. \_\_\_\_\_ vom 2. September 2021 sowie die Berichte des Arbeitsversuchs im Aktenauszug fehlten und sich das Gutachten nicht mit den relevanten Diagnosen und Befunden in den Berichten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ auseinandersetze, kann ihm unter Hinweis auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung (Rz. 111

ff.) nicht gefolgt werden (Beschwerde Rz. 93 ff.). Wie bereits erwähnt, gelangten die MZR-Gutachterin und -Gutachter in ihrer Konsensbeurteilung zum Schluss, es bestünden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wiesen sie was folgt aus (vgl. act. M53 S. 92): 1. Minimale neuropsychologische Störung mit/bei ■ minimalen Einbussen bei der formallexikalischen Wortflüssigkeit 2. Neuropathie des Nervus occipitalis major rechts nach okzipitaler Stichverletzung 3. Status nach Commotio cerebri bei Überfall am 18. November 2019

## **E. 20**

/ 44 4. Chronische rechtsbetonte Schulter- und Nackenschmerzen 5. Durchschlafstörungen 6. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 Zur Gesamtarbeitsfähigkeit führten sie aus, zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer aus internistischer, neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit als Jurist zu 100 % arbeitsfähig (vgl. act. M53 S. 107). Als optimal leidensangepasst erachteten sie dabei eine Tätigkeit, welche regelmässige Positionswechsel inkl. Aufstehen und Herumgehen ermöglicht und kein Helmtragen erfordert (vgl. act. M53 S. 108). Hinsichtlich der neurologischen Diagnosen hielten sie fest, die Neuropathie im Versorgungsbereich des Nervus occipitalis major sei indirekt, aber aufgrund der Verletzung im Verlaufsgebiet des Nervs und der neuropathischen Missempfindungen als höchstwahrscheinlich anzunehmen. Insbesondere die Allodynie in einem handtellergrossen parieto-okzipitalen Bereich passe gut zu einer neuropathischen Ursache nach Stichverletzung mit Schädigung, aber nicht Durchtrennung des Nervus occipitalis major. Die daraus entstehenden dumpfen, anhaltend vorhandenen drückenden Schmerzen seien plausibel und hätten auf keine der zahlreichen versuchten medikamentösen Therapieversuche zufriedenstellend angesprochen. Eine Schmerzzunahme bei konstanter Haltung und mentaler Anstrengung sei durchaus plausibel. Es bestehe aber eine Diskrepanz zu der beklagten Unmöglichkeit zu arbeiten wegen der Schmerzen einerseits und andererseits der Möglichkeit, die Schmerzen beim Fitness und Snowboarden auszublenden. Auch die direkte Beobachtung während der Begutachtung über 90 Minuten habe keine Hinweise auf eine schmerzbedingte Beeinträchtigung von Anamnese und Neurostatus ergeben. Der Beschwerdeführer sei weder schmerzgeplagt noch sonst beeinträchtigt gewesen und habe lediglich regelmässig die Position im Sitzen verändert; nach einer halben Stunde sei er spontan aufgestanden, um sich zu bewegen, habe sich wieder hingesezt, die Anamneseerhebung sei aber nahtlos, flüssig und unbeeinträchtigt gewesen, so dass eine andere mentale Aktivität unter ähnlichen Bedingungen (sitzend mit häufigem Positionswechsel und der Möglichkeit, zwischendurch aufzustehen) durchaus möglich erscheine ohne relevante Beeinträchtigung. Die Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich könnten neurologisch nicht erklärt werden und seien nicht auf einen Muskelhartspann zurückzuführen bei weicher und entspannter und nicht druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur in der heutigen Untersuchung. Eine Spastik, wie vom Beschwerdeführer angesprochen, liege sicher nicht vor. Hinsichtlich der Durchschlafstörung hielten sie weiter fest, dass eine durch die

## **E. 21**

/ 44 neuropathischen Schmerzen am Kopf rechts bedingte Durchschlafstörung möglich sei, bei subjektiv aber erholsamem Schlaf keine arbeitsrelevante Beeinträchtigung dadurch abzuleiten sei (vgl. act. M53 S. 105). Im Zusammenhang mit der psychiatrischen Diagnose hielten die MZR-Gutachterin und -Gutachter sodann fest, dass eine Fokussierung auf die

Schmerzen bei gleichzeitiger reduzierter Selbstwahrnehmung (gewisse Vermeidungstendenz), aber keine klinisch schwerwiegende psychiatrische Störung vorliege. Dadurch, dass die chronische Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers somatisch nicht ausreichend erklärbar sei, bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 (vgl. act. M53 S. 106). Betreffend die neuropsychologische Diagnose führten die MZR-Gutachterin und -Gutachter sodann aus, das allgemeine Arbeitstempo des Beschwerdeführers sei normal schnell gewesen. Seine Handlungs- und Impulskontrolle sei während der sehr strukturierten Untersuchungssituation unauffällig gewesen. Sein Vermögen zum logischen Denken und Schlussfolgern sei [...] im Durchschnitt. Sein verbales Gedächtnis, sein visuelles Gedächtnis und sein Arbeitsgedächtnis seien durchschnittlich gut. Seine Aufmerksamkeitsfunktionen seien bei der Aufgabe zur gerichteten Aufmerksamkeit teils überdurchschnittlich, teils durchschnittlich gut gewesen. Bei der geteilten Aufmerksamkeit seien sie teils minimal unter, teils im Durchschnitt gelegen. Dieses Ergebnis habe keinen eigenen Krankheitswert. Bei der selektiven Aufmerksamkeit hätten seine Ergebnisse im Durchschnitt gelegen. Seine exekutiven Funktionen seien gut gewesen. Er habe im verbalen und im visuellen Bereich das Wesentliche erfassen können. Die visuell-perzeptive Wahrnehmung und Rekonstruktion einer komplexen Figur sei strukturiert; seine kognitive Flexibilität, seine Abstraktionsfähigkeit, seine Wortflüssigkeit sowie seine Planungs- und Problemlösungsfähigkeit seien durchschnittlich gut gewesen. Seine Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sei überdurchschnittlich, seine Wortflüssigkeit teilweise minimal unterdurchschnittlich. Beim Beschwerdeführer liege keine neuropsychologische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine minimale Störung, die teilweise seine Wortflüssigkeit betreffe (vgl. act. M53 S. 106 m.H.a. FREI et al., 2016). 5.1. Der Beschwerdeführer gelangt in seiner Beschwerde zum Schluss, das MZR-Gutachten sei insgesamt weder zuverlässig noch erfülle es die Kriterien gemäss BGE 134 V 231 E. 5.1. Es könne somit nicht darauf abgestellt werden. Auf die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Kritikpunkte wird nachfolgend im Einzelnen eingegangen.

## **E. 22**

/ 44 5.1.1. Im Zusammenhang mit dem internistischen Teilgutachten macht der Beschwerdeführer geltend, die Feststellung von Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, wonach anlässlich der Untersuchung am 9. Juni 2022 keine Druckpunkte, Verspannungen und kein erhöhter Muskeltonus vorgelegen hätten (vgl. Gutachten act. M53 S. 56 sowie Beschwerde Rz. 115 und 118), sei tatsachenwidrig. Nach Auffassung des Streitberufenen Gerichts ist indessen nicht ersichtlich, inwiefern dies der Fall sein sollte. Der blosser Umstand, dass sich der objektive Befund im Zeitpunkt der Begutachtung im Juni 2022 nicht mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (vgl. Gutachten act. M53 S. 51 f.) sowie den Befunden in früheren Arztberichten aus den Jahren 2019, 2020 und 2021 (vgl. Beschwerde Rz. 116 f.; vgl. auch die Berichte von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom

## **E. 27**

/ 44 Diskrepanz zwischen der Schilderung der Nacken- und Schulterschmerzen wegen Muskelhartspanns und der palpatorisch gänzlich indolenten, weichen Muskulatur zu begründen. So lässt sich auch den Zwischenberichten zum therapeutischen Arbeitseinsatz des Beschwerdeführers entnehmen, dass die Verspannung im Hals- und Nackenbereich "mit zunehmender Arbeitszeit" tagsüber zunahm, die Verspannungen trotz Angewöhnung

an den Rhythmus "am Ende eines Arbeitstages" vorhanden waren und die zusätzlichen Verspannungen und die negativen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit "bei einer zusätzlichen ½ h" deutlich erkennbar waren (vgl. dazu vorstehende Erwägung 4.11). 5.1.3. Im Zusammenhang mit dem neuropsychologischen Teilgutachten rügt der Beschwerdeführer verschiedene Diskrepanzen zwischen den Feststellungen von Dr. sc. hum. T.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und dem Gesprächsinhalt: Nebst der permanenten Verspannung der Muskeln habe er auch einen erhöhten Muskeltonus erwähnt (vgl. Gutachten act. M53 S. 67). Zudem habe er gesagt, dass der Arbeitsversuch von der Versicherung bezahlt worden sei und nicht wie im Gutachten angegeben von der Kasse (vgl. Gutachten act. M53 S. 67). Sodann habe er festgehalten, dass er im Winter ein bisschen Snowboard fahre; man sei in Bewegung und mache etwas, man verspanne sich nicht so, die Schmerzen seien anders, als wenn man den ganzen Tag in den Computer schaue, was die Gutachterin auch habe nachvollziehen können. Letztere erwähnte jedoch einzig, dass er im Winter ab und zu snowboarden gehe (vgl. Gutachten act. M53 S. 68; Beschwerde Rz. 174). Dem gilt es mit der Beschwerdegegnerin entgegenzuhalten, dass eine Begutachtung nicht wörtlich protokolliert werden muss. Vielmehr genügt es, wenn im Gutachten der wesentliche Gesprächsinhalt wiedergegeben wird, was auf die vorerwähnten Feststellungen von Dr. sc. hum. T.\_\_\_\_\_ zutrifft (vgl. Vernehmlassung Rz. 140). Anders verhält es sich indessen mit den vom Beschwerdeführer beklagten fehlenden Ausführungen von Dr. sc. hum. T.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der Durchführung der neuropsychologischen Tests (Untersuchung; vgl. Gutachten act. M53 S. 68 ff.). Zum Arbeits- und Interaktionsverhalten des Beschwerdeführers vermerkte die Gutachterin im Wesentlichen was folgt (vgl. Gutachten act. M53 S. 68): "[...] Affektiv wirkte er schwingungsfähig bei einer manchmal etwas gedrückten Grundstimmung. Ein Leidensdruck war nicht direkt spürbar. Er zeigte ein unauffälliges Instruktionsverständnis, seine Mitarbeit war motiviert." Nicht erwähnt wurde jedoch der vom Beschwerdeführer geltend gemachte, für den vorliegenden Fall relevante und von der Beschwerdegegnerin nicht substantiiert bestrittene Umstand, wonach die neuropsychologische Untersuchung ca. 85 Minuten gedauert habe, wobei

## **E. 28**

/ 44 aufgrund der starken Schmerzzunahme anlässlich der Testungen am Computer noch eine Pause von ca. 15 Minuten habe gemacht werden müssen (vgl. Beschwerde Rz. 175 f.). Zwar vermögen diese fehlenden Ausführungen die schlüssige und nachvollziehbare Beurteilung von Dr. sc. hum. T.\_\_\_\_\_, wonach beim Beschwerdeführer lediglich eine minimale neuropsychologische Störung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, die teilweise seine Wortflüssigkeit betreffe, nicht in Zweifel zu ziehen. Sie sind allerdings angesichts der Feststellungen im neurologischen Teilgutachten und in der Konsensbeurteilung betreffend das Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung durchaus relevant (vgl. vorstehende Erwägungen 5 und 5.1.2). 5.1.4. Der psychiatrische Teilgutachter gelangte in seinem Gutachten zum Schluss, es bestehe keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, jedoch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Gutachten act. M53 S. 89). Diesbezüglich hielt er in seiner Beurteilung fest, im aktuellen psychopathologischen Querschnitt könne beim Beschwerdeführer keine klinisch schwerwiegende psychiatrische Störung wie Schizophrenie, bipolare Störung, schwere Depression oder eine schwere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden (vgl. Gutachten act. M53 S. 89). Dadurch,

dass die chronische Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers (insbesondere chronische Schulter- und Nackenschmerzen; Anmerkung des Gerichts) somatisch nicht ausreichend erklärbar sei, müsse aus psychiatrischer Sicht jedoch eine somatoforme Störung diskutiert werden (vgl. Gutachten act. M53 S. 89). Dabei sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) auszugehen, welche gemäss ICD-10 wie folgt definiert werde (vgl. Gutachten act. M53 S. 90): "Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Die Unsicherheit des Versicherten, wie es für ihn weitergeht, der suboptimale Umgang mit den Schmerzen gehören zu seinen psychischen Hauptfaktoren. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen." Dem hält der Beschwerdeführer entgegen, der psychiatrische Teilgutachter habe mit seinen Ausführungen einen tatsachenwidrigen Sachverhalt fingiert, damit er die chronischen Schulter- und Nackenschmerzen (vgl. dazu vorstehende Erwägung 5.1.2) durch eine chronische

## **E. 29**

/ 44 Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren begründen könne (Beschwerde Rz. 189). Nachdem das streitberufene Gericht in vorstehender Erwägung 5.1.2 festgestellt hat, dass die Beurteilung des neurologischen Teilgutachters Dr. med. S.\_\_\_\_\_, wonach die Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich neurologisch nicht erklärt werden könnten und nicht auf einen Muskelhartspann zurückzuführen seien, nicht zu überzeugen vermag, erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit der vom psychiatrischen Teilgutachter gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, welche an die Beurteilung des neurologischen Teilgutachters anknüpft. 5.2. Nach dem Gesagten (vgl. vorstehende Erwägungen 5.1.1 ff.) sprechen somit konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des MZR-Gutachtens vom 6. Oktober 2022, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Dies entspricht denn auch der Einschätzung der Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes, RAD-Ärztin U.\_\_\_\_\_, vom 22. November 2022, welche hinsichtlich des MZR-Gutachtens vom 6. Oktober 2022 zum Schluss gelangte, die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation seien nur teilweise einleuchtend und die Schlussfolgerungen seien ungenügend begründet, sodass sie nicht ganz nachvollziehbar seien (vgl. act. A256 S. 11 f.). Die versicherungsmedizinische Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2023, wonach sich zusammenfassend zwar einige Kritikpunkte am Gutachten formulieren liessen, es sich dabei aber lediglich um leichte Mängel bei untergeordneten Punkten handle, vermag hieran nichts zu ändern, zumal sich Dr. med. J.\_\_\_\_\_ nicht mit den in den vorstehenden Erwägungen dargelegten, wesentlichen Kritikpunkten auseinandersetzte (vgl. act. M54 S. 4 ff.). Abgesehen davon gilt es festzuhalten, dass sich die MZR-Gutachterin und - Gutachter nicht mit den Ergebnissen des therapeutischen Arbeitseinsatzes des Beschwerdeführers beim Rechtsdienst der G.\_\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer ein Pensum von 45 % erreichte, auseinandersetzten (vgl. vorstehende Erwägungen 4.11 ff.). Stattdessen äusserten sie sich einzig zur von der behandelnden Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_ gestützt darauf postulierten Arbeitsfähigkeit von 40 % und hielten fest, diese sei nicht nachvollziehbar und stehe im Widerspruch zur Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2021

und der im neurologischen Teilgutachten ausgewiesenen 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Jurist (vgl. Gutachten act. M53 S. 107). Inwiefern die von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ postulierte Arbeitsfähigkeit von 40 % nicht nachvollziehbar sein sollte, leuchtet angesichts der Ausführungen in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2021 nicht ein (vgl. dazu vorstehende Erwägung 4.17). Hieran ändern auch die

### **E. 30**

/ 44 Ausführungen von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in seinem versicherungsmedizinischen Bericht vom 19. Mai 2023 (vgl. act. M54 S. 4 unter "Drittens") nichts. Sodann kann auch der Beurteilung von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in seinem versicherungsmedizinischen Bericht vom 12. Mai 2021, wonach der Verlauf der dem Beschwerdeführer attestierten Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar sei (vgl. act. M43 S. 9 zweiter Absatz), angesichts der Entwicklung des therapeutischen Arbeitseinsatzes (vgl. dazu vorstehende Erwägungen 4.11 ff.) nicht gefolgt werden. Der Vollständigkeit halber gilt es zudem darauf hinzuweisen, dass es nicht als schlüssig erscheint, wenn Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 12. Mai 2021 festhält, die Nackenbeschwerden könnten bei fehlender struktureller Schädigung fast 1.5 Jahre nach dem Ereignis nicht als überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt angesehen werden (vgl. act. M43 S. 8), er gleichzeitig jedoch bemerkt, dass die unfallbedingten neuropathischen Schmerzen die Nackenverspannungen negativ beeinflussen könnten (vgl. act. M43 S. 7 erster Absatz und S. 8 erster Absatz). Hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gilt es schliesslich darauf hinzuweisen, dass selbst Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 12. Mai 2021 zum Schluss gelangte, es bestehe aufgrund der Sensibilitätsstörung, Missempfindungen und neuropathischen Schmerzen eine Arbeitsunfähigkeit in unbestimmter Höhe und die Arbeitsunfähigkeit betrage global, unter Berücksichtigung auch von Einschränkungen, die nicht überwiegend unfallkausal seien, höchstens 40 % (vgl. act. M43 S. 9). Auch insofern vermag das MZR-Gutachten im Ergebnis somit nicht zu überzeugen, wenngleich es mit Bezug auf das Resultat des therapeutischen Arbeitseinsatzes zu bedenken gilt, dass der Beschwerdeführer einen weiten Arbeitsweg bis nach O.\_\_\_\_\_ auf sich nehmen musste (vgl. vorstehende Erwägungen 4.11 und 4.14 sowie act. M41) und eine geeignete Homeoffice- Infrastruktur im Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsversuchs per 30. April 2021 noch ausstand (vgl. vorstehende Erwägung 4.11 sowie act. A113, A124 und A151). Im Übrigen lässt sich – abgesehen vom vorerwähnten Bericht vom 12. Mai 2021 – auch den beiden übrigen versicherungsmedizinischen Berichten von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2023 und 29. April 2024 keine hinreichende Auseinandersetzung mit den Ergebnissen des therapeutischen Arbeitseinsatzes entnehmen (vgl. act. M54 S. 5 und M57). Ob das MZR-Gutachten – wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (vgl. Beschwerde Rz. 216 ff.) – durch den mit der Einsprache eingereichten rheumatologischen Erstkonsultationsbericht von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2022 (Untersuchung vom 30. November 2022; vgl. act. A261, Beilage 1 [= act. B.1]) erschüttert würde, kann vorliegend offenbleiben, zumal das Gutachten bereits aus den vorerwähnten Gründen nicht zu überzeugen vermag. Im

### **E. 31**

Oktober 2022 beklagten Beschwerdesymptomatik und dem Ereignis vom 18. November 2019 kein adäquater Kausalzusammenhang bestehe. Darauf gilt es nachfolgend einzugehen.

7. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und adäquater

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 bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Als adäquate Ursache eines Erfolgs hat ein Ereignis dann 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 148 V 356 E. 3, 129 V 177 E. 3.2). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischenliegenden mittleren Bereich zu unterscheiden ist. Zudem sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, die

## **E. 32**

/ 44 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 138 V 248 E. 4; Urteile des Bundesgerichts 8C\_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4, 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E. 3.2). 7.1.1. Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben der versicherten Person unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewandten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (HOFER, in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, 2019, Art. 6 N. 81 m.H.a. BGE 138 V 248 E. 5.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_664/2024 vom 7. Mai 2025 E. 2.3). 7.1.2. Vorliegend fehlt mangels apparativ/bildgebend bestätigter Befunde der Nachweis für eine unfallbedingte organische Schädigung, welche die am 31. Oktober 2022 bestehende Symptomatik erklären könnte. So wurde im Schädel-CT vom 28. November 2019 keine strukturelle Hirnverletzung festgestellt ("Es werden keine intra- oder extraaxialen Ansammlungen und keine Anzeichen einer expansiven Läsion oder von sonstigen Veränderungen an den bewerteten Schädelstrukturen identifiziert [act. M51 S. 4]"). Auch das MRI der HWS vom 25. Mai 2020 zeigte gemäss Dr. med. N.\_\_\_\_\_ ein regelrechtes Alignment der HWS, keine spinale Enge, keine Myelopathie, keine Knochen- oder Weichteilödeme und insbesondere auch keine Ödeme an den Kopfhalsgelenken. Die Dünnschicht- Aufnahmen über der Schädelbasis und den okzipitalen Weichteilen hätten kein Weichteilödem gezeigt. Es sei eine grossflächige Narbe okzipital rechts in den Weichteilen, kutan, subkutan bis in den Ansatz der Nackenmuskulatur zur Darstellung gelangt, jedoch keine Läsion im mutmasslichen Verlauf des Nervus occipitalis major und minor, insbesondere auch keine foraminale Enge oder Kompression C1,2,3 bds. (vgl. act. M33). Im Rahmen einer sonographischen Exploration konnte sodann keine Pathologie des Nervus occipitalis major

nachgewiesen werden (vgl. act. M45), weshalb auch die im MZR-Gutachten diagnostizierte Neuropathie des Nervus occipitalis major rechts (vgl. dazu vorstehende Erwägung 5) keine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge im Sinne der Rechtsprechung darstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_647/2018 vom 16. Januar 2019 E. 4.3.2; vgl. zum Ganzen auch act. A280 S. 16 f. sowie M54 S. 3 dritter Absatz). Vorliegend bedarf es somit einer besonderen Adäquanzbeurteilung.

### **E. 33**

/ 44 7.2.1. Die Abgrenzung der Anwendbarkeit der Schleudertrauma-Rechtsprechung und der Psycho-Praxis ist nicht völlig klar; das Bundesgericht erledigt regelmässig Fälle mit dem Hinweis darauf, dass eine Adäquanz selbst bei der Anwendung der für die versicherte Person günstigsten Praxis zu verneinen sei (NABOLD, in: Hürzeler/Kieser [Hrsg.], Kommentar zum UVG, 2018, Art. 6 N. 65). Nach geltender Rechtsprechung ist für die Anwendung der Kriterien nach BGE 134 V 109 vorausgesetzt, dass ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung diagnostiziert wurde. Ein Schädel-Hirn-Trauma gilt dabei als äquivalente Verletzung, wenn das Trauma mindestens den Schweregrad einer Contusio cerebri erreicht. Weiter ist erforderlich, dass sich die versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall über "Schleudertrauma-typische" Beschwerden (wie Kopf- und Nackenbeschwerden, Schwindel, Schlafstörungen, Gedächtnisprobleme, rasche Erschöpfbarkeit, eingeschränkte Belastbarkeit; Urteil des Bundesgerichts 8C\_273/2020 vom 18. Juni 2020 E. 3.3) beklagt, ohne dass aber bereits das gesamte, vielschichtige Beschwerdebild vorliegen muss (NABOLD, a.a.O., Art. 6 N. 79 m.w.H.). 7.2.2. Vorliegend trifft es zwar zu, dass beim Beschwerdeführer lediglich ein Schädel-Hirn-Trauma mit Commotio cerebri (und nicht mit Contusio cerebri) diagnostiziert wurde (vgl. Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ betreffend Untersuchung vom 10. Dezember 2019 [act. M38] sowie Bericht von Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 30. Januar 2020 [act. M23 S. 2]; vgl. auch den versicherungsmedizinischen Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2021 [act. M43 S. 4 f.]). Den Akten lässt sich allerdings entnehmen, dass der Beschwerdeführer beim Raubüberfall am 18. November 2019, bei welchem er von hinten angegriffen und gegen eine Wand gedrückt wurde (vgl. dazu nachstehende Erwägung 8.1.2), neben einem Schädel-Hirn-Trauma auch Stichwunden an Nacken, Schulter und Hinterkopf erlitt (vgl. Schadenmeldung vom 20. November 2019 [act. A1]). Zudem ergibt sich aus den Akten, dass er "seit dem Überfall" unter Kopfschmerzen (posttraumatisches Spannungskopfweg bzw. reflektorische Nackenverspannung) und einer (hauptsächlich schmerzbedingten) Schlafstörung leidet und durch die Weichteilverletzung occipital eine beeinträchtigende Dysästhesie bis Hyperpathie besteht (vgl. Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ betreffend Untersuchung vom 10. Dezember 2019 [act. M38], Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2020 [act. M22] sowie Überweisungsschreiben von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 17. März 2020 [act. M30]; vgl. auch Bericht der Klinik in P.\_\_\_\_\_ vom 28. November 2019 [act. M51 S. 1 und S. 3 f.] sowie Aktennotiz von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2019 [act. M23 S. 3]; Hervorhebung durch das Gericht). Insgesamt ist es vorliegend somit durchaus gerechtfertigt, die

### **E. 34**

/ 44 Schleudertrauma-Rechtsprechung (und nicht die Psycho-Praxis) anzuwenden. Für die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung (und gegen die Anwendung der Psycho-Praxis) spricht denn auch der Umstand, dass eine unfallbedingte organische Schädigung, welche die am 31. Oktober 2022 bestehende Symptomatik erklären könnte,

zwar nicht nachgewiesen (vgl. dazu vorstehende Erwägung 7.1.2), aber auch nicht ausgeschlossen werden konnte. So wurde im Bericht des Zentrums für Schmerzmedizin I.\_\_\_\_\_ vom 2. September 2021 festgehalten, dass im Rahmen der sonographischen Exploration die Darstellung des Nervus occipitalis minor nicht sicher gelungen sei (vgl. act. M45 S. 2 i.V.m. S. 4). Zudem sei es aus technischen Gründen auch nicht gelungen, im Bereich der behaarten Kopfhaut zur besseren Quantifizierung der Schädigung des Nervus occipitalis eine quantitativ sensorische Testung durchzuführen. Auch eine alternative Untersuchung sei in der behaarten Kopfhaut nicht möglich gewesen, weshalb die Verifizierung des Schädigungsortes bzw. auch die Verifizierung einer Neuropathie des Nervus occipitalis major und minor rechts offenbleiben müsse (vgl. act. M45 S. 2 i.V.m. S. 4; vgl. auch den versicherungsmedizinischen Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2021 [act. M43 S. 5 ff.]). 8.1.1. Die spezielle Adäquanzprüfung nach BGE 134 V 109 (Schleudertrauma- Rechtsprechung) erfolgt analog zu jener nach BGE 115 V 133 (Psycho-Praxis): Hier wie da ist der Unfall zunächst nach seiner Schwere zu qualifizieren, wobei bei beiden Praxen dieselben Grundsätze gelten (NABOLD, a.a.O., Art. 6 N. 81). Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 m.w.H.). Nicht zu berücksichtigen sind die Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können; derartigen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (vgl. dazu nachstehende Erwägungen 8.2.2 ff.; Urteile des Bundesgerichts 8C\_384/2023 vom 4. April 2024 E. 3.2.1 m.H.a. BGE 148 V 301 E. 4.3.1, 8C\_812/2021 vom 17. Februar 2022 E. 8.1, 8C\_534/2017 vom 5. Dezember 2017 E. 4.2, 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.1; NABOLD, in: Stauffer/Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 2024, Art. 6 S. 64 f. [nachfolgend: NABOLD, Rechtsprechung]). 8.1.2. Zum Hergang des Unfalls vom 18. November 2019 lässt sich den Akten was folgt entnehmen:

## **E. 35**

/ 44 ■ Gemäss dem Spitalbericht aus P.\_\_\_\_\_ vom 18. November 2019 wurde der Beschwerdeführer in alkoholisiertem Zustand mit multiplen Verletzungen am rechten Hinterkopf sowie Verletzungen im linken Halsbereich und am Rücken, sekundär verursacht durch eine Stichwaffe, von einem Krankenwagen ins Spital eingeliefert. Der Beschwerdeführer habe erklärt, dass er ohne Grund angegriffen worden sei, um ihn auszurauben (vgl. act. M51 S. 21). ■ In der Schadenmeldung vom 20. November 2019 hielt der Beschwerdeführer hinsichtlich des Unfallhergangs was folgt fest (act. A1): "Raubüberfall mit Messer durch 2 Personen. Anschliessend Behandlung im Spital." ■ Dr. med. C.\_\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer am 10. Dezember 2019 untersucht hatte, vermerkte in seinem Bericht vom 6. Februar 2020 hinsichtlich des Unfallhergangs was folgt (act. M38; vgl. auch act. M30): "Am 18.11.2019 wurde der Patient in P.\_\_\_\_\_ von hinten durch zwei Männer attackiert. Dabei wurde er gegen die Wand gedrückt, es folgt eine amnestische Lücke. Die erste Erinnerung nach dem Erwachen war während der Fahrt in der Ambulanz, wo alles voller Blut war. Es folgte eine zweite amnestische Lücke, ab dem Folgetag durchgehende Erinnerung. [...]" ■ Gemäss Aktennotiz vom 13. Dezember 2019 berichtete der Beschwerdeführer gegenüber seinem Hausarzt Dr. med. V.\_\_\_\_\_ was folgt (act. M23 S. 3): "Am 18.11.2019 sei er überfallen worden und er habe diverse

Verletzungen. Es sei in P.\_\_\_\_\_ passiert. Er erinnert sich nicht mehr, was geschehen ist. [...]" ■ Dem Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2020 lässt sich hinsichtlich des Unfallhergangs einzig entnehmen, dass der Beschwerdeführer berichte, am 18. November 2019 in P.\_\_\_\_\_ überfallen worden zu sein, wobei ihm mehrere Messerstichverletzungen zugefügt worden seien (vgl. act. M22). ■ In ihrem Bericht vom 26. März 2020 diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ unter anderem eine "Occipitalneuralgie rechts und Traumafolgen im Bereich des Schädels/Nackens mit/bei: Stn. Überfall 18.11.2019 in P.\_\_\_\_\_ (von hinten mit Messer attackiert, bewusstlos geschlagen von 2 Männern, blutüberströmt in der Ambulanz aufgewacht) [...]" (act. M25 S. 1)."

### **E. 36**

/ 44 ■ Anlässlich der Begutachtung durch das MZR schilderte der Beschwerdeführer den Unfallhergang sodann wie folgt (act. M53 S. 52; vgl. auch act. M53 S. 59, S. 77 und S. 102 f.): "Am 18.11.2019 wurde er von zwei Typen überfallen. [...] Der Versicherte sagt, er habe vom Überfall an und für sich nichts bemerkt, weil er von hinten angegriffen worden sei. Er sei am morgen früh zu Fuss auf dem Heimweg in sein Hotel in W.\_\_\_\_\_ gewesen. Er spazierte zurück vom Strand. An das letzte, woran er sich erinnert ist, dass er in der Ambulanz blutüberströmt aufwachte. [...] Vom Unfallhergang habe er erst erfahren, als die Polizei ihm ein Video über das Ereignis zeigte. Es war zu sehen, wie die Täter ihn von hinten gegen eine Glasvitrine stiessen und ihn von hinten mit Messern angreifen. Er habe sich nicht gewehrt und sein altes Handy und das Geld, das er in den Hosentaschen hatte, war weg. [...]" 8.1.3. Während die Beschwerdegegnerin der Auffassung ist, das Ereignis vom 18. November 2019 könne in Anlehnung an die geltende Rechtsprechung als Unfall im mittleren Bereich qualifiziert werden (vgl. act. A280 S. 19 m.H.a. RKUV 1996 Nr. U 256 S. 215), macht der Beschwerdeführer unter Hinweis auf Fälle, die vom Bundesgericht als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen qualifiziert worden sind, geltend, es handle sich um ein schweres Ereignis und die Adäquanz könne somit bejaht werden (vgl. Beschwerde Rz. 43). Nachfolgend gilt es daher zunächst die Unfallschwere zu bestimmen und hernach, sollte es sich um ein mittelschweres Unfallereignis handeln, die Adäquanzkriterien zu prüfen. 8.2.1. Als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen qualifizierte das Bundesgericht etwa eine tätliche Auseinandersetzung, in deren Verlauf der versicherten Person ein grosses Fleischmesser (23 cm lange und 4.2 cm breite Klinge) in Tötungsabsicht oder mindestens unter Inkaufnahme einer Tötung in die Magenregion gestochen wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_519/2008 vom 28. Januar 2009 E. 5.2.2) sowie einen nächtlichen Einbruch, bei welchem der Versicherte die Einbrecher (zwei verummte Unbekannte) durch Betätigen der Wohnungstürfalle vergeblich in die Flucht zu schlagen versuchte, er in seiner Wohnung überfallen und ihm mit einem unbekanntem, harten, länglichen Gegenstand (gemäss Arztzeugnis: Eisenstangen) auf den Kopf und die schützenden Arme/Hände geschlagen wurde, bevor sein Bruder helfend einschreiten und die Täter in die Flucht schlagen konnte; dabei zog er sich eine 6 cm lange klaffende Rissquetschwunde frontal am Haaransatz und eine kleinere Rissquetschwunde rechts davon, drei Rissquetschwunden mit stark gequetschten Wundrändern von gesamthaft ca. 8 cm am Hinterkopf und Prellungen am linken

### **E. 37**

/ 44 Arm sowie am laterobasalen Rippenthorax zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 382/06 vom 6. Mai 2008 E. 4.2 f.). Angesichts dieser bundesgerichtlichen Rechtsprechung rechtfertigt es sich vorliegend nicht, das Ereignis vom 18. November 2019 als schweren

Unfall zu qualifizieren. Der vom Beschwerdeführer hervorgehobene Umstand, dass der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 18. November 2019 unvermittelt von hinten angegriffen wurde und – anders als die Versicherten in den vorerwähnten Fällen – nicht aktiv in das Ereignis involviert war, lässt das Unfallgeschehen jedenfalls nicht als vergleichsweise schwerer erscheinen. Ob es sich beim Ereignis vom 18. November 2019 sodann um einen mittelschweren Unfall im eigentlichen Sinn oder um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen handelt, kann vorliegend offenbleiben. Denn selbst wenn das Ereignis lediglich als mittelschwer im eigentlichen Sinn qualifiziert würde, könnte der adäquate Kausalzusammenhang zwischen der am 31. Oktober 2022 beklagten Beschwerdesymptomatik und dem Ereignis vom 18. November 2019 – wie nachfolgend dargelegt wird – nicht ausgeschlossen werden. 8.2.2. Bei schweren Unfällen ist die Adäquanz ohne Weiteres zu bejahen (vgl. NABOLD, Rechtsprechung, a.a.O., Art. 6 S. 66). Demgegenüber lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1). Als wichtigste Kriterien der Schleudertrauma-Praxis sind zu nennen (BGE 134 V 109 E. 10.3): ■ besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; ■ die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; ■ fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; ■ erhebliche Beschwerden; ■ ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ■ schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; ■ erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen genügt das einfache Erfüllen eines dieser Kriterien, damit die Adäquanz bejaht werden kann, während bei einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn drei dieser Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt sein müssen (vgl. NABOLD, Rechtsprechung, a.a.O., Art. 6 S. 71 und S. 68 m.w.H.). Dies gilt es nachfolgend zu prüfen.

## **E. 38**

/ 44 8.3.1. Betreffend das Kriterium der "Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen" gilt es festzuhalten, dass die Diagnose einer HWS-Distorsion oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung für sich allein nicht genügt zur Bejahung dieses Kriteriums. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädel-Hirntrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Solche Umstände liegen hier insoweit vor, als der Beschwerdeführer beim Raubüberfall am 18. November 2019 neben dem Schädel-Hirn-Trauma vier Stichwunden an Nacken, Schulter und Hinterkopf, Schürfwunden an beiden Armen, an beiden Augen und im Gesicht, Verletzungen am 4. Finger der linken Hand sowie einen Zahnschaden erlitt (vgl. Schadenmeldung vom 20. November 2019 [act. A1]). Zudem traten im Verlauf – neben den seit dem Überfall bestehenden Kopfschmerzen, der Schlafstörung und der Dysästhesie bis Hyperpathie (vgl. dazu vorstehende Erwägung 7.2.2) – auch ein Druck in den Ohren und ein Ohrgeräusch (teils pfeifend, teils rauschend; vgl. act. M22 und act. M23 S. 3) sowie

Konzentrationschwierigkeiten auf (vgl. act. M48 S. 1). Insgesamt kann die Erfüllung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen in einfacher Ausprägung somit nicht ausgeschlossen werden (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_263/2008 vom 20. August 2008 E. 3.3.3.3). 8.3.2. Das Kriterium der "erheblichen Beschwerden" setzt voraus, dass bei der versicherten Person in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch erhebliche Beschwerden vorlagen. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.4; Urteile des Bundesgerichts 8C\_41/2024 vom 5. August 2025 E. 10.8.1, 8C\_807/2008 vom 15. Juni 2009 E. 7.5). Vorliegend ergibt sich aus der medizinischen Verlaufsgeschichte des Beschwerdeführers und dessen therapeutischem Arbeitseinsatz beim Rechtsdienst der G. \_\_\_\_\_ (vgl. dazu vorstehende Erwägungen 4.1 ff.), dass er seit dem Unfall am 18. November 2019 unter anhaltenden Schmerzen litt, welche ihn in seinem Lebensalltag einschränkten. Letzteres ergibt sich auch aus dem MZR-Gutachten, worin festgehalten wurde, der Beschwerdeführer könne seit dem Unfall wegen der Schmerzen nicht mehr Tennis spielen (vgl. act. M53 S. 49; vgl. auch act. M53 S. 60,

### **E. 39**

/ 44 S. 68 und S. 79). Sodann lässt sich bspw. dem Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 26. März 2020 entnehmen, dass der Beschwerdeführer aufgehört habe, Auto zu fahren, da er sich nach wenigen Minuten total verspannt habe und der Schmerz exazerbiert sei (vgl. act. M25 S. 2; vgl. auch act. A35 S. 4). Dass die geltend gemachten Schmerzen nicht glaubhaft wären, ist vorliegend nicht ersichtlich und wird seitens der Beschwerdegegnerin auch nicht vorgebracht. Die Erfüllung des Kriteriums der erheblichen Beschwerden in einfacher Ausprägung kann somit nicht ausgeschlossen werden. Der Umstand, dass die geltend gemachten Schmerzen nicht objektivierbar sind (vgl. dazu vorstehende Erwägungen 7.1.1 f.), ändert hieran nichts, zumal bei der Prüfung der Adäquanzkriterien nach BGE 134 V 109 auch die organisch nicht ausgewiesenen Unfallfolgen zu berücksichtigen sind (vgl. NABOLD, Rechtsprechung, a.a.O., Art. 6 S. 76 f. m.w.H.). 8.3.3. Beim Kriterium der "erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen" ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS (und punkto Adäquanzbeurteilung gleich zu behandelnden Verletzungen) ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (NABOLD, Rechtsprechung, a.a.O., Art.

6 S. 80 f. m.H.a. BGE 134 V 109 E. 10.2.7; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2024 vom 5. August 2025 E. 10.10). Vorliegend lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall im November 2019 zu 100 % arbeitsunfähig war (vgl. den Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 26. März 2020, worin sie für den April 2020 "weiterhin" eine

#### **E. 40**

/ 44 Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestätigte [act. M25 S. 4; Hervorhebung durch das Gericht]). Durch intensive Physiotherapie, begleitetes MTT und eine Adaptation der Medikation resp. eine neu begonnene Neuraltherapie verbesserte sich die Situation seit April 2020 jedoch deutlich (vgl. den Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 28. Juli 2020 [act. M34]). Im November 2020 startete der Beschwerdeführer sodann einen therapeutischen Arbeitseinsatz beim Rechtsdienst der G. \_\_\_\_\_ zu einem Pensum von 40 %, welches in der Folge schrittweise gesteigert wurde (vgl. dazu vorstehende Erwägung 4.11). In ihrem Bericht vom 23. Februar 2021 hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, die Schmerzen im Bereich des Schulter-Nackensbereichs und rechts parietal und okzipital seien mit zunehmendem Pensum vorübergehend verstärkt worden. Die regelmässige Neuraltherapie in Kombination mit Manualtherapie habe die Schmerzen jedoch immer zuverlässig gelindert. Das bisherige Kombinationsprogramm mit MTT, Physiotherapie und Teilzeit-Wiedereingliederung (zurzeit drei Tage pro Woche à 6 - 7 Stunden) sollte unbedingt in Kombination mit Neuraltherapie/Manualtherapie fortgesetzt werden (act. M37). Im April 2021 berichtete der Beschwerdeführer sodann von einer missglückten Steigerung der Arbeitsfähigkeit von drei auf vier Tage und einer dadurch verursachten massiven Schmerzzunahme am Arbeitstag selber sowie einer ungenügenden Schmerzreduktion über die nachfolgenden Freitage. Vor diesem Hintergrund gelangte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in ihrem Verlaufsbericht vom 30. April 2021 zum Schluss, dass eine Erhöhung der aktuellen Arbeitsstunden von dreimal 6.5 Stunden (= ca. 45 %) auf vier Tage im Moment nicht realistisch sei (act. M41; vgl. auch act. A123 f.). In der Folge wurde der therapeutische Arbeitsversuch per 30. April 2021 beendet, wobei der Beschwerdeführer noch bis zum 31. Dezember 2021 in einem befristeten Arbeitsverhältnis zu einem Pensum von 45 % (dreimal

#### **E. 41**

/ 44 November 2019 kooperativ an verschiedenen Therapien teilnahm (Physiotherapie, MTT, Neuraltherapie/Manualtherapie), dass er sich ab November 2020 einem sechsmonatigen therapeutischen Arbeitsversuch im Rechtsdienst der G. \_\_\_\_\_ unterzog, wobei er zufolge Schmerzzunahme lediglich ein Pensum von 45 % erreichen konnte, und er sich in der Folge um eine Verlängerung dieses Arbeitsverhältnisses bemühte, kann die Erfüllung des Kriteriums der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen in einfacher Ausprägung somit nicht ausgeschlossen werden. 8.3.4. Nachdem die Erfüllung der drei vorerwähnten Kriterien nicht ausgeschlossen werden kann, braucht die Erfüllung der übrigen Kriterien der Schleudertrauma- Praxis ("besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls", "fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung", "ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert" sowie "schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen") nicht näher geprüft zu werden. 9. Da die Erfüllung von mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien nicht ausgeschlossen werden kann (vgl. dazu vorstehende Erwägungen 8.3.1 ff.), kann auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen der am 31. Oktober 2022 beklagten Beschwerdesymptomatik und dem Ereignis vom 18. November

2019 nicht ausgeschlossen werden (vgl. dazu vorstehende Erwägungen 8.2.1 f.). Nach der Rechtsprechung ist es indessen nicht zulässig, den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen allfälligen psychischen bzw. medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden und einem Unfallereignis zu bejahen, bevor die sich in tatsächlicher Hinsicht stellenden Fragen bezüglich der Natur der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und des natürlichen Kausalzusammenhangs geklärt sind (vgl. BGE 147 V 207 E. 6.1; Urteile des Bundesgerichts 8C\_427/2022 vom 28. Februar 2023 E. 6.1, 8C\_409/2021 vom 15. September 2021 E. 6.2). Diesen Fragen wird im Rahmen der Einholung eines neuen medizinischen Gutachtens (vgl. dazu nachstehende Erwägung 10) Rechnung zu tragen sein. 10. Wie in den vorstehenden Erwägungen 5 ff. dargelegt, kann mangels einer zuverlässigen neurologischen und psychiatrischen Diagnosestellung sowie schlüssigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf das MZR-Gutachten vom 6. Oktober 2022 abgestellt werden. Der Sachverhalt erweist sich somit als nicht rechtsgenügend abgeklärt, was den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt. Da es in erster Linie Aufgabe des Unfallversicherers ist, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen

#### **E. 42**

/ 44 Sachverhalt vollständig festzustellen, ist die Sache daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Verfahren nach Art. 44 ATSG ein neues medizinisches Gutachten (zumindest in den Fachdisziplinen Neurologie und Psychiatrie, allenfalls auch Oto-Rhino-Laryngologie und Rheumatologie, samt Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) einhole und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers (Rentenanspruch sowie Integritätsentschädigung) neu verfüge (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_17/2024 vom 9. Juli 2024 E. 5.3). 11. Die Beschwerde erweist sich somit als begründet. Sie ist gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. Januar 2024 ist aufzuheben und die Sache ist zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt es sich, auf die beschwerdeführerische Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. der willkürlichen Sachverhaltsfeststellung (vgl. Beschwerde Rz. 10 ff., Vernehmlassung Rz. 93 ff.; vgl. auch den versicherungsmedizinischen Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 29. April 2024 [act. M57 S. 4 f.]), die Nichteinholung eines rheumatologischen Gutachtens (vgl. Beschwerde Rz. 196; vgl. aber auch den versicherungsmedizinischen Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 29. April 2024 [act. M57 Frage 2]) sowie die einzelnen, vom Beschwerdeführer geltend gemachten Diskrepanzen zwischen dem schriftlichen Inhalt der jeweiligen MZR-Teilgutachten und den Tonaufnahmen bzw. dem Gesprächsinhalt näher einzugehen (vgl. act. B.25 bis B.28).

#### **E. 43**

/ 44 2024 E. 8, 8C\_214/2022 vom 16. Februar 2023 E. 5, je m.w.H.). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der Beschwerdeführer somit Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Darunter werden in der bisherigen Rechtsprechung insbesondere die Vertretungskosten verstanden. Dazu zählen die Entschädigung, welche die vertretende Person geltend macht, und die Barauslagen der vertretenden Person. Zu den Parteikosten zählen darüber hinaus auch besondere Auslagen, die für Abklärungsmassnahmen entstanden sind, die durch den Versicherungsträger bzw. das kantonale Versicherungsgericht anzuordnen und durchzuführen gewesen wären, jedoch – an deren Stelle – durch die Partei veranlasst

wurden (bspw. Auslagen für Gutachten, die im Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht eingereicht wurden). Sonstige Kosten der nicht vertretenen Partei werden nach der Rechtsprechung nur ausnahmsweise übernommen (LENDFERS, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], ATSG-Kommentar, 2024, Art. 61 N. 206 ff. m.H.a. BGE 110 V 132 E. 4d). Vorliegend ist unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer im aktuellen Beschwerdeverfahren nicht formell vertreten liess. Der Beschwerdeführer macht jedoch geltend, er habe sich nach Erhalt des Einspracheentscheids rechtlich beraten lassen, und verweist auf eine Honorarnote von Rechtsanwalt X.\_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2024 über CHF 1'562.50 (= 6.25 Stunden à CHF 250.00 für den Zeitraum vom 20. Februar 2024 bis 26. Februar 2024). Die damit einhergehenden Kosten seien ihm inkl. MWST als Entschädigung für die angemessene Ausübung seiner Verfahrensrechte zu erstatten (vgl. Beschwerde Rz. 316). Das Bundesgericht spricht einer Partei, die ihre Beschwerde selbst verfasst und dafür rechtliche Beratung in Anspruch genommen hat, nur dann eine Entschädigung zu, wenn die Auslagen ausserordentlich hoch sind, was das Bundesgericht bei Rechtsberatungskosten in der Höhe von CHF 2'540.44 verneint hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 1C\_475/2016 vom 7. April 2017 E. 7 m.w.H.). Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich vorliegend nicht, dem Beschwerdeführer für die von ihm geltend gemachten Rechtsberatungskosten in der Höhe von CHF 1'562.50 einen Parteikostenersatz zu gewähren (vgl. zum Ganzen auch Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden U 20 89 vom 24. Februar 2021 E. 6 mit zahlreichen Hinweisen).

#### **E. 44**

/ 44 Es wird erkannt:

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