

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/58 vom 11. Juni 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_UV_2012_58

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/58 du 11 juin 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/58 del 11 giugno 2013

Regeste

Art. 4 ATSG. Art. 6 UVG. Prüfung der Frage der Unfallkausalität von psychischen Spätfolgen im Fall eines als Unfall anerkannten Schreckereignisses (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juni 2013 UV 2012/58). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_593/2013.

Erwägungen

E. 1

Streitig ist, ob die beim Beschwerdeführer vorliegenden gesundheitlichen/psychischen Beschwerden, welche ab 2008 ärztliche Behandlung erforderten und zu Arbeitsunfähigkeit führten, in adäquat-kausalem Zusammenhang zum Unfall vom 21. März 1999 stehen. Die Beschwerdegegnerin legte die rechtlichen Voraussetzungen des Bestehens eines adäquaten Zusammenhangs zwischen Gesundheitsbeschwerden und Unfall im angefochtenen Entscheid (Erw. II.3-II.5) zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

E. 2

2.1 Dr. med. D.____, Internist FMH, vermerkte im Bericht vom 12. Juni 1999 als Befund eine schwere reaktive Verstimmung mit Schuldgefühl. Er habe den Beschwerdeführer an einen Psychiater überwiesen (UV-act. M1 Beilage). Dr. C.____ bestätigte am 7. Mai 2010 gestützt auf die bei ihm ab März 1999 erfolgten Behandlungen die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (UV-act. M3). Dr. med. G.____ berichtete am 16. Juni 2010, er behandle den Beschwerdeführer seit 24. Oktober 2008. Es handle sich um eine depressive Entwicklung, initial als Belastungsreaktion und aktuell (vom Ausprägungsgrad und von der Dauer her) als rezidivierende affektive Störung zu werten. Die Befunde und Diagnose stünden überwiegend wahrscheinlich in einem Kausalzusammenhang zum Todesereignis der Ehefrau von 1999. Das Unfallereignis habe einen grossen Einschnitt im Leben des Beschwerdeführers bedeutet. Es hätten sich mehr oder weniger bewusste ausgeprägte Schuldgefühle entwickelt. Sowohl der weitere berufliche Werdegang als auch die weitere Beziehungsgestaltung zu seinen Töchtern (die beide später an Anorexia nervosa erkrankten) stünden aus psychologischer Sicht sehr wahrscheinlich in direktem Zusammenhang zu diesem Ereignis. Nebst diesem bedeutungsvollsten "life event" hätten auch andere unfallfremde Ursachen zum heutigen Gesundheitszustand beigetragen, wie weitere psychosoziale Belastungsfaktoren (beruflich und finanziell, Beziehungsprobleme) oder erhöhte Vulnerabilität durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale. Der Entstehung der rezidivierenden depressiven Störung liege ein multifaktorieller Pathomechanismus zugrunde. Das Unfallereignis von 1999 bilde Teilursache der heute noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die psychosozialen Faktoren stünden letztlich mit

dem Verlustereignis von 1999 im Zusammenhang. Der prozentuale Beitrag der prä-morbiden Persönlichkeitsmerkmale zum aktuellen Heilungsverlauf könne nicht objektiv geschätzt werden. Ohne Unfall und ohne weitere schwerwiegende psychosoziale Belastungsfaktoren hätte sich vermutlich gar nie eine rezidivierende depressive Störung entwickelt. Aufgrund des bisherigen Verlaufs mit partieller Therapieresistenz könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer wesentlichen weiteren Zustandsbesserung (oder Remission) ausgegangen werden, sondern allenfalls von einer Symptomreduktion und einer gewissen Funktionserhaltung. Vermutlich könnten weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen dazu beitragen, seinen Gesundheitszustand bzw. seine Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Vom 17. Oktober 2008 bis 31. Januar 2009 habe eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, vom 1. Februar 2009 bis 31. März 2010 eine solche von 40% und danach von 50% (UV-act. M4). Diese Angaben bestätigte der Arzt am 12. August 2010 zuhanden der IV und hielt zusätzlich fest, dass eine behinderungsangepasste Tätigkeit von täglich ca. vier bis sechs Stunden mit (relativ zu früher) deutlich weniger verantwortungsvollen und intellektuell fordernden Aufgaben in den letzten beiden Jahren wahrscheinlich möglich gewesen wäre und auch künftig sein werde (IV-act. 41).

2.2 Der Vertrauensarzt Dr. F. ___ hielt in einem Aktenbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 17. August 2010 unter anderem fest, aufgrund der vorliegenden Untersuchungsakten könne nicht von einem Rückfall ausgegangen werden. Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Spätfolge könne lediglich zu wenigen Prozenten rein hypothetisch vermutet werden. Bereits auf der Notfallstation des Kantonsspitals E. ___ habe der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 21. März 1999 in psychiatrischer Hinsicht offensichtlich keinen auffälligen Eindruck hinterlassen, so dass eine weitere Behandlung nicht notwendig gewesen sei. Eine körperliche Verletzung habe praktisch nicht resultiert. Die Behandlung bei Dr. C. ___ sei bereits nach 10 Sitzungen beendet worden. Die Beratung bei einer Psychologin sei ebenfalls im Jahr 2000 zu Ende gegangen. Danach hätten bis zur ersten Konsultation bei Dr. G. ___ am 24. Oktober 2008 keine weiteren psychiatrischen Behandlungen mehr stattgefunden. Der Beschwerdeführer habe nach dem Unfallereignis auch voll gearbeitet. Nach den Angaben von Dr. G. ___ hätten beträchtliche psychosoziale Faktoren vorgelegen (Krankheit der Töchter, finanzielle Probleme wegen der Geschäftsgründung), welche unabhängig vom Unfallereignis zu behandeln seien. Bereits vor dem Unfallereignis habe der Beschwerdeführer unter einer Schiessangst gelitten, weswegen er militärdienstuntauglich erklärt worden sei. Dass neuneinhalb Jahre nach dem Unfall ein Rückfall postuliert werde, sei nicht als realistisch zu beurteilen, wenn der Beschwerdeführer zuvor in der Lage gewesen sei, sein Leben auch in beruflicher Hinsicht zu bewältigen. Es könne höchstens eine diskrete Mitbeteiligung des Unfalls vom 21. März 1999 angeführt werden, ohne dass dieses Ereignis aktuell wieder in den Vordergrund geschoben werden könne (UV-act. M5). Im Rahmen einer Abklärung Selbständigerwerbende der IV vom 22. Oktober 2010 hielt die Abklärungsperson unter anderem fest, als Selbständigerwerbender habe der Beschwerdeführer "keine besonderen Einkommen" erzielen können. Es sei unklar, wieso er sich nicht wieder um eine unselbständige Tätigkeit (Rückkehr zur früheren Arbeitgeberin) bemüht habe. Der Betätigungsvergleich (selbständige Tätigkeit) ergab eine Einschränkung von 75% (IV-act. 45).

2.3 Eine Begutachtung des Beschwerdeführers in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsspital Zürich ergab gemäss Bericht vom 20. Mai 2011 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, seit dem Autounfall 1999 bestehend, mit aktuell mittelschwerer depressiver Episode mit somatischem Syndrom sowie einer

posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), seit dem Autounfall 1999 bestehend mit Exazerbation 2005. Bereits seit dem Unfall sei eine depressive Entwicklung beschrieben mit schwankendem Verlauf zwischen leichtgradigen, mittelgradigen und schwergradigen depressiven Symptomen. Deutlich werde jedoch, dass es zwischen den einzelnen Episoden keine ausreichende Remission ohne depressive Symptomatik gegeben habe und somit sich ein chronisch depressives Zustandsbild eingeschlichen habe, welches auch durch die ambulante psychiatrische Behandlung nur ansatzweise zu beeinflussen gewesen sei. Zusätzlich bestehe beim Beschwerdeführer eine stark ausgeprägte, quälende Schuldthematik nach dem selbst verschuldeten Autounfall. Bis zum heutigen Tag würden ihn diese Schuldgefühle umtreiben. Aufgrund der Aktenlage sei davon auszugehen, dass er vor dem Unfall 1999 gesund und voll leistungsfähig gewesen sei. Nach dem Tod der Ehefrau habe er versucht, sich über seine Arbeit zu stabilisieren, was zeitweilig ansatzweise gelungen sei. Die psychischen Erkrankungen der Töchter, die dadurch auch zunehmenden Schuldgefühle und die gerichtlichen Untersuchungen einschliesslich der Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung hätten zu einer zunehmenden Beeinträchtigung (Störungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit und des Antriebs) in seinen beruflichen und familiären Funktionen durch die depressive Symptomatik geführt. Die Schuldgefühle, Schamgefühle und zunehmenden depressiv gefärbten Ängste seien nicht mehr vereinbar gewesen mit den leitenden, verantwortungsvollen Kadertätigkeiten und dem Konkurrenzkampf in der Führungsebene. Die Entscheidung zur Selbständigkeit sei insbesondere vom Wunsch nach Entlastung und höherer Flexibilität getrieben gewesen. Die Einsamkeit und das Auf-sich-gestellt-sein in der Selbständigkeit ab 2005 hätten dann jedoch zu einer Akzentuierung der depressiven Symptomatik und die zunehmende Gefangenheit in einem Teufelskreis aus depressiver Symptomatik, verminderter Leistungsfähigkeit, vermehrten Insuffizienzgefühlen und erhöhten existenziellen Ängsten zu wiederum vermehrter depressiver Symptomatik geführt. Diese Negativspirale halte bis zum heutigen Zeitpunkt an. Sodann bestünden ausgeprägte und alltagsrelevante Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung bereits seit dem Todesfall der Ehefrau. Bei vielen Patienten komme es, nach primärer Stabilisierung, Jahre nach dem Ereignis zum Auftreten der psychischen Erkrankungen, erst dann mit massiver Beeinträchtigung des täglichen Lebens und der Arbeitsfähigkeit. Der Verlauf der Erkrankung sei plausibel und konsistent nachvollziehbar. Auch die bestehende Komorbidität der depressiven Störung und der PTBS sei gut belegt und nachgewiesen. Schwierig sei natürlich, dass sich die beiden Störungen gegenseitig verstärken und beeinflussen würden. Der Beschwerdeführer könne glaubhaft schildern, dass er die ersten Jahre nach dem Unfall seine depressive Symptomatik durch Vermeidung und Ablenkung durch die Arbeit zu kontrollieren versucht habe, was ihm teilweise gelungen sei. Dass er sich innerpsychisch wegen massiver Trauer, Schuldgefühlen sowie Albträumen und Intrusionen bezüglich des Unfalls stets depressiv und überfordert gefühlt habe, könne er erst jetzt erkennen, da retrospektiv die Situation in der Psychotherapie analysiert worden sei. Durch den sozialen Rückzug durch die Selbständigkeit mit reduziertem und selbst zu organisierendem Arbeitspensum habe er die vorübergehende Stabilisierung und Ablenkung durch die Arbeit nicht mehr aufrecht erhalten können, was schätzungsweise seit 2005 zur Verschlechterung der Symptome der PTBS und der depressiven Symptomatik geführt habe. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit in einer hohen, verantwortungsvollen Kaderposition. Wahrscheinlich sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bereits in den Jahren vor 2005, mindestens jedoch seit 2001 um mindestens 20% reduziert gewesen. Die

Arbeitsfähigkeit in der selbständigen Tätigkeit als Berater werde mit 30% attestiert. Für eine optimal angepasste Tätigkeit mit Struktur, ohne grosse Verantwortung, ohne Zeitdruck und mit Berücksichtigung der psychiatrischen Einschränkungen könne aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert werden. Diese sollte auch perspektivisch steigerbar sein. Eine genaue Prognose dahingehend sei noch nicht möglich. Eine Reevaluation sei innerhalb von zwei Jahren vorzunehmen. Der Beschwerdeführer könne sich vorstellen, in der Gemeinde oder einer sozialen Einrichtung mitzuarbeiten und scheine dafür sehr motiviert zu sein. Die Weiterführung der regelmässigen ambulanten psychiatrischen Behandlung werde empfohlen. Zu diskutieren sei auch die Möglichkeit eines tagesklinischen Therapieeinsatzes. Die derzeitige selbständige Tätigkeit sei nicht als positiv für den Exploranden zu bewerten (IV-act. 53 S. 58-68).

E. 3

3.1 Die Annahme eines Unfalls bei schreckbedingten plötzlichen Einflüssen auf die Psyche setzt voraus, dass es sich um ein aussergewöhnliches Schreckereignis, verbunden mit einem entsprechenden psychischen Schock, handelt; die seelische Einwirkung muss durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart des Versicherten sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer überraschenden Heftigkeit geeignet sein, auch bei einem gesunden Menschen durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen hervorzurufen. Auch bei Schreckereignissen kann nicht nur die Reaktion eines (psychisch) gesunden Menschen als Vergleichsgrösse dienen, sondern es ist auf eine "weite Bandbreite" von Versicherten abzustellen (BGE 129 V 177 Erw. 2.1; SVR 2008 UV Nr. 7 S. 22 Erw. 2.2). Die Beurteilung der Adäquanz zwischen Schreckereignissen, bei welchen die versicherte Person zwar (auch) körperliche Beeinträchtigungen davonträgt, diese indessen nicht entscheidend ins Gewicht fallen, und psychischen Schäden hat nach der allgemeinen Adäquanzformel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) zu erfolgen (SVR 2008 UV Nr. 7 S. 22 Erw. 2.4 mit Hinweisen). An den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Schreckereignissen und nachfolgenden psychischen Beschwerden werden hohe Anforderungen gestellt. Andererseits ist der Versicherungsschutz wie erwähnt einer weiten Bandbreite von Versicherten zu gewähren (BGE 129 V 177 Erw. 3.3 mit Hinweisen; SVR 2008 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.5, je mit Hinweisen).

E. 3.2

3.2.1 Vorliegend ist im Zusammenhang mit dem Unfall vom 21. März 1999 unbestrittenermassen von einem Schreckereignis auszugehen. Die Beschwerdegegnerin anerkannte dementsprechend ihre Leistungspflicht für den Grundfall. Streitig ist hingegen, ob auch die vom Beschwerdeführer als Spätfolge des Ereignisses gemeldeten gesundheitlich-psychischen Probleme in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall von 1999 stehen. Die psychischen Beschwerden führten gemäss Bescheinigung von Dr. G. ___ seit Oktober 2008 zu einer Behandlungsbedürftigkeit mit Arbeitsunfähigkeit. 3.2.2 Die natürliche (teilweise) Unfallkausalität der psychischen Befunde wurde im Gutachten des Universitätsspitals sowie von Dr. G. ___ bestätigt, vom Vertrauensarzt Dr. F. ___ hingegen verneint. Die Gutachterinnen des Universitätsspitals leiteten ihre Schlussfolgerungen mit ausführlicher Begründung her und äusserten sich auch zu den früheren ärztlichen Stellungnahmen. Sie wiesen darauf hin, dass ihre klinische Einschätzung mit den Beurteilungen des behandelnden Psychiaters Dr. G. ___ weitgehend übereinstimme. Die beim Beschwerdeführer seit dem Unfall bestehende PTBS sei jedoch

massiv unterschätzt und auch noch nicht ausreichend behandelt worden. Die Einschätzung von Dr. F.____ werde aus den im Gutachten (vgl. insbesondere S. 58-63) dargelegten Gründen nicht geteilt. Er führe aus, dass kein Kausalzusammenhang zwischen Unfall und der verzögerten Verschlechterung der Depression und der PTBS bestehe. Dabei hätten initial klare Symptome einer akuten Belastungsstörung bestanden, die auch mit EMDR-Traumatherapieverfahren zu behandeln versucht worden seien. Nur wegen der nicht angepassten Therapietechnik und der Persönlichkeit des Therapeuten sei damals die Traumatherapie abgebrochen worden, nicht wegen Beschwerdefreiheit. Auch sei ein typischer verzögerter sekundärer Ausbruch oder eine erneute Verschlechterung nach vorübergehender Stabilisation einer Traumastörung sehr klassisch und widerspreche nicht dem Kausalzusammenhang mit dem die PTBS und die komorbide depressive Störung auslösenden Unfallereignis 1999. Bei dem vorher psychisch gesunden Exploranden sei davon auszugehen, dass er ohne den selbst verursachten Unfall mit Tod der Ehefrau und dem Schuldspruch wegen fahrlässiger Tötung nicht mit der gegebenen Gesundheitsentwicklung einhergegangen wäre. Hinweise auf eine leichte Burnout-Symptomatik, wie von Dr. G.____ beschrieben, habe es vor 1999 vielleicht ansatzweise gegeben. Ohne die beschriebenen Traumaerlebnisse sei jedoch davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer damals über genügend Copingstrategien verfügt hätte, um sich wieder zu stabilisieren und ein normales Arbeitspensum zu absolvieren. Die depressive Störung habe sich als komorbide Störung zur PTBS als pathologische Anpassung an die Unfallsituation entwickelt. Die von Dr. F.____ erwähnte Schiessangst könne im aktuellen Zusammenhang vernachlässigt werden; es sei kein Zusammenhang ersichtlich zwischen den aktuellen Beschwerden und der Schiessangst (IV-act. 53 S. 63f).

3.2.3 Der RAD-Arzt Dr. med. H.____ vermerkte am 9. August 2011, die Stärke des Gutachtens des Universitätsspitals liege vor allem in der ausführlichen Recherche der langen Vorgeschichte unter Einbezug der bisherigen Therapeuten (IV-act. 54). Die IV stellte für die Berentung auf das Gutachten ab (IV-act. 70, 73). Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass es auf unzutreffenden Sachverhalts-Annahmen oder Wertungen beruhen könnte, sind aus den Akten nicht ersichtlich. Wenn Dr. F.____ vermerkt, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall 1999 auf der Notfallstation des Kantonsspitals E.____ in psychiatrischer Hinsicht keinen auffälligen Eindruck hinterlassen und eine weitere Behandlung nicht erforderlich gewesen sei (UV-act. M5 S. 4 Ziff. 1), so vermag diese Feststellung zur Beantwortung der hier streitigen Spätfolgenkausalität offensichtlich nichts beizutragen. Das Vorbringen von Dr. F.____, die beim Beschwerdeführer vorliegenden psychosozialen Faktoren seien unabhängig vom Unfallereignis zu betrachten (UV-act. M5 S. 5), trifft insofern nicht zu, als die psychosozialen Faktoren (Krankheit der Töchter, finanzielle und berufliche Probleme, Beziehungsprobleme) letztlich mit dem Verlustereignis von 1999 teilweise in Zusammenhang stehen (UV-act. M4 S. 4) bzw. daraus teilursächlich resultieren und sich wechselseitig beeinflusst haben dürften (vgl. IV-act. 53 S. 59). Im Gutachten des Universitätsspitals findet sich sodann plausibel begründet, dass ein Beschwerdebild, wie es konkret zur Diskussion steht, nach primärer psychischer Stabilisierung Jahre nach dem Ereignis zu Tage treten kann und es sich um einen typischen sekundär verzögerten Krankheitsausbruch handelt (UV-act. 53 S. 62). Angesichts dieses Sachverhalts ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom März 1999 und den psychischen Spätfolgen mit Behandlung und Arbeitsunfähigkeit ab 2008 auszugehen. Die Aktenbeurteilung von Dr. F.____ ist nicht geeignet, dies in Zweifel zu ziehen, zumal die gutachterliche Klärung von Fragen mit

psychiatrischem Hintergrund in aller Regel eine persönliche Untersuchung der betroffenen Person voraussetzt (vgl. RKUV 2001 U 438, 345 [U 492/00 E. 3d]).

E. 3.3

3.3.1 Hinsichtlich der Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist zunächst festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang zitierte Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2005, U 390/04, vom Sachverhalt her nicht mit dem vorliegend zur Diskussion stehenden Ereignis verglichen werden kann. Dort ging es um einen nächtlichen Überfall auf eine Frau durch einen alkoholisierten Mann. Dieses Ereignis war gemäss Urteil nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht geeignet, langjährige Angst- und depressive Zustände auszulösen, weshalb die Leistungseinstellung des Unfallversicherers bestätigt wurde (Urteil, a.a.O., E. 2.1). Nicht vergleichbar mit den vorliegenden Umständen ist auch der dem Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2008, U 593/06, zugrunde liegende Sachverhalt (Kellner wird Opfer eines Raubüberfalls). Die von der Beschwerdegegnerin in der Duplik (act. G 9 Begründung Ziff. 4) zitierte Literaturstelle (David Weiss, Die Qualifikation von Schreckereignissen als Unfall nach Art. 4 ATSG, in: SZS 2007, S. 47 [Ziff. 3.1] und 55 [Ziff. 3.9]) bezieht sich auf die - vorliegend allseits bejahte - Frage, ob ein Schreckereignis mit anschliessendem psychischem Schock zu bejahen sei, nicht jedoch auf die Frage der Kausalität von psychischen Spätfolgen bei anerkanntem Schreckereignis. Der erwähnte Autor handelt die Frage der Adäquanz bei Schreckereignissen weiter unten (Ziff. 4) ebenfalls ab. Bei seiner Feststellung, dass ein Unfallereignis "erfahrungsgemäss in der Regel mit der Zeit psychisch verarbeitet" werde (David Weiss, a.a.O., S. 56), nimmt er jedoch einzig Bezug auf ein Urteil des EVG vom 11. April 2005, U 180/04, E. 3.2, welchem als Sachverhalt eine Kollision zwischen einem Auto und einer Fussgängerin zugrunde lag, in deren Folge beim Autolenker psychische Störungen auftraten.

3.3.2 Das Ereignis, bei welchem die Ehefrau des Beschwerdeführers in dessen Beisein sowie in Anwesenheit der Tochter noch am Unfallort verstarb (vgl. dazu E. A.a sowie IV-act. 27-10/24 [Angaben der Auskunftsperson] und 27-20/24f), war für den Beschwerdeführer im Sinn eines "grossen Einschnitts" (vgl. UV-act. M4 S. 4) sehr eindrücklich. Aus objektiver Sicht ist diese Eindrücklichkeit ebenfalls zu bejahen, weshalb von einer Eignung des Ereignisses, langfristige seelische Auswirkungen zu zeitigen, mit Blick auf die Darlegungen von Dr. G. ___ und im Gutachten des Universitätsspitals grundsätzlich auszugehen ist. Auch der Vertrauensarzt Dr. F. ___ zieht im Übrigen eine Mitbeteiligung des Unfalls an den psychischen Gesundheitsproblemen des Beschwerdeführers in Betracht, wobei er diese Mitbeteiligung nur als "diskret" und nicht im Vordergrund stehend erachtet (UV-act. M5 S. 6). Zum Gutachten des Universitätsspitals nahm er keine Stellung.

3.3.3 Die Beschwerdegegnerin begründet die Verneinung der Adäquanz unter anderem damit, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall während Jahren nicht in Behandlung und arbeitsfähig gewesen sei. Hinsichtlich der erwerblichen Umstände in den Jahren von 1999 bis 2008 lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall weiterhin bei der B. ___ AG tätig war, wobei die Jahreseinkommen in den Jahren 1999 bis 2002 sich auf dem gleichen Niveau wie die Einkommen in den Jahren vor dem Unfall bewegten. Nach Auflösung dieses Arbeitsverhältnisses auf Ende April 2002 (Kündigung durch ihn selbst) nahm er eine Tätigkeit bei der Treuhandunternehmung I. ___ auf. Die daraus resultierenden Jahreseinkommen lagen ebenfalls auf dem früheren langjährigen Niveau (IV-act. 18-2/3). Dieses Arbeitsverhältnis kündigte er im Jahr 2005 (IV-act. 22-12/41). In der danach ab April 2005 ausgeübten Tätigkeit als selbständiger Berater ergaben sich lediglich noch

geringe Jahreseinkommen (IV-act. 18-2/3). Dr. G.____ vermerkte als anamnestische Angabe des Beschwerdeführers, dass sich die erneute berufliche Neuorientierung im Jahr 2005 im Zug eines internen Machtgerangels bei der bisherigen Arbeitgeberin ergeben und er sich im Rahmen der Firmengründung Pensionskassengelder habe auszahlen lassen (IV-act. 41-2/9). In einem Schreiben an die IV vom 2. November 2010 erklärte der Beschwerdeführer unter anderem, in den Jahren bis zum Austritt bei B.____ im Jahr 2002 habe ihn die Trauerarbeit über den Verlust seiner Gattin und die Probleme mit seinen Kindern mehr oder weniger existieren lassen und er habe sich in die Arbeit geflüchtet, sei aber psychisch und physisch schon ziemlich angeschlagen gewesen. Dem Ausbruch aus den gewohnten Pfaden bei B.____ sei dann eine angespannte Situation bei I.____ gefolgt (Änderungen im Management, Weggang von direkten Ansprechpartnern, Gerangel um verbleibende Mandate durch Übernahme einer grösseren Anzahl von Partnern bei Arthur Andersen). Mit dem damals auch aus gesundheitlicher Sicht erfolgten Austritt bei I.____ und der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit sei das Einkommen massiv gesunken (IV-act. 45-10/14). Seit 2009 war der Beschwerdeführer im individuellen Konto (IK) als Nichterwerbstätiger eingetragen (IV-act. 18-2/3).

3.3.4 Bezüglich Traumaerfahrung erachtete das Gutachten des Universitätsspitals vorab die Reaktion auf den unerwarteten Todesfall des Vaters erwähnenswert, in welcher der Beschwerdeführer als Jugendlicher ebenfalls die Trauerphase mit primärer Stabilisierung, Vermeidung bzw. Ablenkung durch Arbeit bewältigt habe, damals aber ohne psychopathologische Folgestörung (IV-act. 53 S. 64). Eine vergleichbare Verarbeitungs-Strategie wandte der Beschwerdeführer offensichtlich auch nach dem Unfall von 1999 an. Hierzu wurde im Gutachten ausgeführt, nach akuter Phase habe sich der Explorand durch die Arbeit vorübergehend ablenken und stabilisieren können. Innerlich habe es aber seit dem Unfall bis heute ganz anders ausgesehen. Er sei seit 1999 immer verzweifelt, einsam, traurig und überfordert gewesen, sei mit dem Unfall und den Folgen kaum klar gekommen, habe stets darunter gelitten, habe aber nach aussen den Schein zu wahren versucht (IV-act. 53 S. 49). Die posttraumatischen Symptome seien nie vollständig verschwunden gewesen und hätten insbesondere nach versuchter Selbständigkeit exazerbiert. Insgesamt zeige sich damit ein typischer sekundär verzögerter Krankheitsausbruch einer posttraumatischen Belastungsstörung, wenn die Tagesstruktur und sozialen Kontakte, wie sie zuvor im Rahmen der Arbeitssituation gegeben gewesen seien und primär zur Stabilisierung der psychischen Befindung und des Selbstwerts gedient hätten, wegfallen würden. Der Verlauf der Erkrankung sei plausibel und konsistent nachvollziehbar (IV-act. 53 S. 61f). Angesichts dieser Umstände erscheint das Ereignis vom März 1999 nach der allgemeinen Lebenserfahrung - worunter konkret insbesondere auch die im Gutachten des Universitätsspitals dargelegte medizinische Erfahrung und die daraus gezogene Schlussfolgerung (IV-act. 53 S. 69) zu subsumieren sind - als geeignet, acht Jahre nach dem Ereignis Spätfolgen im Sinn der Behandlungsbedürftigkeit von psychischen Beschwerden mit Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Die gutachterlichen Feststellungen zeigen auch auf, dass das Ereignis nicht erst 9.5 Jahre später zu einer Störung des seelischen Gleichgewichts führte (vgl. act. G 3 S. 6), sondern dass die Störungen latent (verdeckt) während der ganzen Zeit nach dem Unfall vorhanden waren. Wenn die Beschwerdegegnerin festhalten lässt, dass die späteren Problematiken (psychische Probleme der Töchter, plötzliches Alleinerzieher-Sein des Beschwerdeführers, Bewältigung der eigenen Trauer, das Begleiten der Trauer der Töchter, der Verlust des geregelten Tagesablaufs, das Strafverfahren) bei der Adäquanzbeurteilung nicht berücksichtigt werden könnten (act. G 3 S. 6), so ist zu beachten, dass diese Faktoren - wie

bereits erwähnt (E. 3.2.3) - mit dem Verlustereignis von 1999 in Zusammenhang stehen (UV-act. M4 S. 4) bzw. daraus resultierten und sich wechselseitig beeinflussten (vgl. IV-act. 53 S. 59). In diesem Sinn müssen sie auch in die Adäquanzbeurteilung, welche Spätfolgen zum Gegenstand hat, mit einfließen. Der Umstand, dass die Spätfolgenkausalität unter Umständen nur eine Teilkausalität darstellt und andere Ursachen mitwirkten, vermag an der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nichts zu ändern (vgl. Art. 36 UVG). Soweit im Übrigen im Gutachten des Universitätsspitals ein richterlicher Schuldspruch bzw. eine Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung unterstellt wurde (IV-act. 53 S. 59 und 64), trifft dies nicht zu, denn von einer Bestrafung des Beschwerdeführers (fahrlässige Tötung) wurde wegen der unmittelbar gravierenden Folgen des Ereignisses für ihn selbst abgesehen (IV-act. 27-22/24). Dies vermag jedoch den Beweiswert des Gutachtens nicht in Frage zu stellen.

E. 4

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 15. Mai 2012 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung der Versicherungsleistungen aus der ab 2008 aufgetretenen Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese - wie in vergleichbaren Verfahren üblich - auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 15. Mai 2012 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung der Versicherungsleistungen aus der ab 2008 aufgetretenen Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zurückgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen.

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