

SO_GERICHTE VSBES.2020.93 vom 27. März 2020

SO Obergericht, 2020-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.93

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.93 du 27 mars 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.93 del 27 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1973 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war im Unfallzeitpunkt vom 20. März 2010 seit dem 10. November 2009 bei der Firma B.____ als Projektleiter mit Spezialgebiet Trockenbau angestellt und in dieser Funktion gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) versichert (Suva-Nrn. [Suva-Akten-Nummer] 25, 147 S. 2).

1.2 Mit Schadenmeldung UVG vom 14. April 2010 (Suva-Nr. 266) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer sei am 20. März 2010 in [...] beim Skifahren / Speedflying aus circa 20 bis 30 m auf das Eis abgestürzt, wobei er sich eine Mehrfachverletzung (Polyblessé) zugezogen habe. Gemäss dem Austrittsbericht des Departements Chirurgie, C.____, erlitt er dabei folgende Verletzungen: Kompressionsfraktur BWK 2 und 6 mit Hinterkantenbeteiligung; Keilkompressionsfraktur BWK 7 und 8 ohne Hinterkantenbeteiligung; Lungenkontusion Unterlappen rechts; Verdacht auf Fraktur Processus costalis LWK 1 rechts; Nierenkontusion mit keilförmigen minderperfundierten Arealen links ohne Blutungsnachweis; Mikrohämaturie; nebenbefundlich Beckendysplasie, 6-gliedrige LWS (Suva-Nr. 4). Am 26. März 2010 konnte der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand aus dem Spital entlassen werden.

1.3 Nach dem Einholen der medizinischen Akten sowie der Durchführung diverser Besprechungen mit dem Beschwerdeführer (Suva-Nrn. 9, 26, 34), qualifizierte die Beschwerdegegnerin das Unfallereignis vom 20. März 2010 mit Verfügung vom 22. August 2011 als Nichtberufsunfall (Suva-Nr. 68). Daran hielt die Beschwerdegegnerin trotz dagegen erhobener Einsprache des Beschwerdeführers vom 8. September 2011 und entsprechenden Ergänzungen vom 22. September 2011 (Suva-Nrn. 71, 74) mit Einspracheentscheid vom 7. November 2011 fest (Suva-Nr. 93).

1.4 Nach dem Einholen weiterer medizinischer Akten und der Abschlussuntersuchung durch den Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 23. April 2012 (Suva-Nr. 141), der die Integritätseinbusse auf 5 % schätzte (Suva-Nr. 139), verfügte die Beschwerdegegnerin am 25. April 2012 «in entgegenkommender Weise» die Einstellung der Taggelder per 1. Juni 2012 und sprach dem Beschwerdeführer zudem eine Integritätsentschädigung von CHF 6'300.00 zu (Suva-Nr. 144). Dagegen erhoben sowohl der Beschwerdeführer am 10. Mai 2012 als auch der Krankenversicherer des Beschwerdeführers F.____ am 24. Mai 2012 Einsprache (vgl. Suva-Nrn. 150, 155). Der Krankenversicherer F.____ bestätigte am 12. Juni 2012 das Festhalten an seiner vorsorglichen Einsprache (Suva-Nr. 156).

1.5 Die Beschwerdegegnerin wies mit Einspracheentscheid vom 24. Juli 2012 sowohl die Einsprache des Beschwerdeführers als auch jene des Krankenversicherers F.____ ab und bestätigte ihre Verfügung vom 25. April 2012. Zur Begründung wurde insbesondere erklärt die psychischen Beschwerden stünden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 20. März 2010

(Suva-Nr. 166). Dagegen liessen sowohl der Krankenversicherer F. ___ als auch der Beschwerdeführer am 11. bzw. 12. September 2012 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (Suva-Nrn. 178, 182). Dieses wies die Beschwerden mit Urteil VSBES.2012.233 / VSBES.2012.235 vom 29. Januar 2014 (Suva-Nr. 215) ab. Die dagegen durch den Beschwerdeführer am 6. März 2014 beim Schweizerischen Bundesgericht erhobene Beschwerde (Suva-Nr. 228) wurde von diesem mit Urteil 8C_202/2014 vom 9. Juli 2014 (Suva-Nr. 236) teilweise gutgeheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie insbesondere in Bezug auf die Höhe des Absturzes des Beschwerdeführers weitere Abklärungen vornehme.

E. 2

2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 337 E. 1 S. 338, 118 V 289 E. 1b je mit Hinweisen).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461 f. mit weiteren Hinweisen).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad

der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit vielen Hinweisen).

E. 3

Posttraumatische Belastungssymptome in Relation zu Dg. 1

E. 4

Zustand nach konservativer Therapie von Kompressionsfrakturen BWK 2, 6, 7 und 8 sowie Lungen- und Nierenkontusion 20. März 2010 nach Gleitschirmabsturz – anhaltende belastungs- und stressabhängige BWK-Schmerzen – Status nach Bandscheibenvorfall 17-jährig lumbal Der Beschwerdeführer berichte primär über Einschränkungen des Antriebs, Freudlosigkeit und Selbstzweifel während mehreren Monaten im Spätjahr 2010 und Jahreswechsel 2010 / 2011. Unter Berücksichtigung von lebensgeschichtlichen Angaben wiederholter, übermässiger beruflicher und sportlicher Leistungsfähigkeit mit anschliessenden moralisch / seelischen Einbrüchen könnte es sich hierbei um eine bipolare Störung mit hypomanen Episoden handeln. Diese seien für med. pract. J.____ schwer abzugrenzen von mehr überdauernden Persönlichkeitseigenschaften, welche Leistung, Aggressivität, Körperorientierung und Anerkennungsstreben betonten im Sinne eines ausgeprägten Selbstwertgefühls. In diesem Kontext seien die berichteten Symptome zum Speedflying-Absturz zwar formal als posttraumatisch einzustufen, Kernsymptome wie Flashbacks und Alpträume würden indes verneint, Vermeidung ausgehend von einem sehr hohen Niveau. Die berichtete Sammelleidenschaft / Kaufrausch könne eher einer Hypomanie zugeordnet werden. Das Ausmass des Leidens sei trotz offenem vertrauensvollem Gespräch aus den Schilderungen nur schwer zu erfassen, der Beschwerdeführer bewege sich in einer besonderen Sphäre, es sei daraus jedoch eine deutliche Belastung, ausgehend von hohem Niveau, anzunehmen. Zusammenfassend sei festzustellen, dass die Komplexität der Symptome nicht als psychosomatisch im engeren Sinne zu verstehen, sondern eher einem psychiatrischen Kontext zuzuordnen sei und entsprechend einer korrekten fachlichen Abklärung bedürfe. Erschwerend scheine sich eine Auseinandersetzung mit der Beschwerdegegnerin anzubahnen / zu bestehen (Betriebsunfall vs. Risikosportarten), neben möglichen Klagen gegen die Materialvertreiber / -hersteller, Sponsoren und den früheren Arbeitgeber, so dass eine konkrete Diagnostik als umso wichtiger erachtet werde. Durch die Kontakte in der Sprechstunde, die Wiederaufnahme des Speedflyings, die Teilnahme an entsprechenden Wettkämpfen und Unterstützung in der technischen Aufarbeitung des Unfallhergangs / -materials berichte der Beschwerdeführer sich nun zunehmend wieder wie früher zu fühlen, beinhaltend einen hohen Termindruck mit Trainingsfahrten in den Alpen, soziale Kontakte in der ganzen Schweiz und im nahen Ausland unter Inkaufnahme von stundenlangen Autofahrten. Von einem ursprünglich angedachten, stationären psychiatrischen Aufenthalt möchte der Beschwerdeführer aufgrund der aktuellen Vorwärtsbewegung Abstand nehmen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage vorerst bis 28. August 2011, respektive der Klärung der Diagnose, weiterhin 50 %. Im «ärztlichem Zwischenbericht» vom 4. März 2011 (Suva-Nr. 44) bestätigte med. pract.

J.____ die oben genannten Diagnosen. Der Beschwerdeführer sei zur Beurteilung bei Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung von der Orthopädie in seine Sprechstunde überwiesen worden. Es erfolgten drei Sitzungen zur Diagnostik und Planung des weiteren ambulanten Settings am 24. Januar, 1. und 8. Februar 2011. Der Beschwerdeführer sei zur Evaluation einer bipolaren Störung mit weiterer Therapieeinleitung in die Klinik L.____ überwiesen worden. Bis zur Beurteilung durch diese habe med. pract. J.____ die Arbeitsunfähigkeit gemäss den Vorgaben der Universitätspoliklinik für Orthopädie mit 50 % fortgesetzt. 7.2 Lic. phil. M.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, hielt im «einfachen Bericht» vom 30. Januar 2012 (Suva-Nr. 116) fest, es seien bis heute fünf Gespräche bzw. EMDR-Sitzungen erfolgt. Der Beschwerdeführer weise eine posttraumatische Belastungsstörung ICD-10 F43.1 auf. Nebst den immer wieder einschliessenden Bildern des Unfalls wirke er depressiv. Dies äussere sich mittels Schlafstörungen und Interessenlosigkeit. Er sei antriebslos und weise mangelnde Zukunftsperspektiven auf. In der Therapie sei der Beschwerdeführer offen für die EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) Methode. Es zeige sich, dass er die fehlenden Erinnerungen vor und nach dem Unfall zusehends durch die EMDR Therapie verbessern könne. Dies dürfte dazu führen, dass er in absehbarer Zeit weniger einschliessende Bilder haben werde, da er vermehrt die Kontrolle – durch die Erinnerung – über die Ereignisse vor und nach dem Unfall habe. Wie der weitere Verlauf der depressiven Symptomatik sei, könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden. Es sei möglicherweise auch ein stationärer Aufenthalt in Betracht zu ziehen. Im Schreiben «Therapiebeendigung» vom 24. Februar 2012 hielt lic. phil. M.____ fest (Suva-Nr. 125), da es dem Beschwerdeführer in den letzten Wochen nicht möglich gewesen sei, für die EMDR-Therapie eine zeitliche therapeutische Konstanz innezuhalten, habe sie sich entschieden, die Therapie zu beenden. 7.3 Dr. med. I.____, Spitalfacharzt, Klinik L.____, wies im Bericht vom 16. März 2012 folgende Diagnosen aus (Suva-Nr. 131): Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) mit – depressiver Episode, mittelgradig (ICD-10 F32.1) mit somatischem Syndrom Der Beschwerdeführer sei durch med. pract. J.____ zur weiteren Abklärung und Behandlung nach dem Gleitschirmunfall zugewiesen worden. Zusammenfassende Beurteilung / Verlauf: Der Beschwerdeführer werde fortlaufend im ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting behandelt. Die Sitzungen fänden planmässig alle 2 – 4 Wochen statt. Zu Beginn habe der Beschwerdeführer eine depressive Symptomatik mit somatischem Syndrom präsentiert, wobei sich neben Niedergeschlagenheit und Insuffizienzgefühlen bei objektivierbarer Leistungsminderung ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen sowie eine Appetitminderung gezeigt hätten. Ferner sei eine anhaltende Hypervigilanz mit Intrusionen, Flashbacks (Episoden des Unfalls) und Vermeidungsverhalten (u.a. sozialer Rückzug) zu verzeichnen gewesen. Die Symptomatik sei als depressive Episode mit / bei posttraumatischer Belastungsstörung infolge des Gleitschirmunfalls zu klassifizieren. Die Anamnese für psychiatrische Vorerkrankungen sei bland. Die Behandlung habe eine medikamentöse antidepressive und psychotherapeutische Behandlung sowie psychoedukative und stabilisierende Massnahmen umfasst. Bei protrahiertem Verlauf mit lediglich Teilremission bzgl. depressiver Symptome sei eine mehrfache Anpassung der medikamentösen Therapie erfolgt, wobei zuletzt eine klinische Verbesserung unter Escitalopram und Mirtazapin zur Nacht habe erreicht werden können. Der Krankheitsverlauf sei durch rezidivierende grippale Infekte gekennzeichnet gewesen, die hausärztlicherseits, u.a. antibiotisch, behandelt worden seien. Nach Genesung habe der

Beschwerdeführer die ambulanten Therapien jeweils fortgesetzt. Es bestehe eine fortlaufende, sich aus o.a. Diagnosen ergebende Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die Prognose sei bei Fortsetzung der störungsspezifischen Therapien als nicht ungünstig zu erachten.

7.4 Im Rahmen der «arbeitsprognostischen Abklärung / versicherungsmedizinischen Evaluation des psychischen Funktionspotenzials» vom 20. Juni 2013 (Suva-Nr. 203 S. 2 f.) mit psychiatrisch-psychopathologischer Untersuchung vom 27. Mai 2013 hielt Dr. med. N.____, zert. Medizinischer Gutachter SMI, O.____, zusammenfassend fest, es sei entsprechend übereinstimmender Befunde und Beurteilungen (Aktenlage, Selbsteinschätzung, objektive Befundlage) unverändert von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im Kontext einer klinisch-objektiv manifesten depressiven Störung mittelschwerer Ausprägung mit subsyndromalen posttraumatischen Anteilen (Suva?) auszugehen. Der Beschwerdeführer sei objektiv psychisch nur oberflächlich gefestigt, emotional instabil, affektlabil, bei hoher innerpsychischer Spannung, ausgeprägter motorischer Unruhe und subjektiv ausgeprägten mentalen Defiziten. Biografisch könnten keine Hinweise für eine sog. stille Schadensanlage ausgemacht werden, eine narzisstische Problematik möge allenfalls mitschwingen, gemäss Aktenlage sollten die Kriterien für eine riskierend-abenteuerlustige Persönlichkeitsakzentuierung (IKP) erfüllt sein, zumal eine deutlich erhöhte Impulsivität und Hyperaktivität im Kindesalter (WURS-K) beschrieben würden. Die Art und das Ausmass der Störung implizierten hinsichtlich der Frage nach der Zweckmässigkeit der Behandlungsformen eine stationär-psychiatrische Rehabilitation (z.B. Klinik P.____). Bei guten persönlichen Ressourcen, leistungsorientierter Persönlichkeit mit grosser Berufsmotivation, sei insgesamt von einer positiven Heilprognose auszugehen.

7.5 Im Rahmen des durch die IV-Stelle in Auftrag gegebenen bidisziplinären Gutachtens hielt Prof. Dr. med. Q.____, Chefarzt Externer Psychiatrischer Dienst, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, R.____, in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 19. September 2014 (Suva-Nr. 394 S. 5 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 20): – Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) – Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 F73.1), narzisstische Persönlichkeit Die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung seien im Rahmen eines strukturierten Interviews (CAPS – Clinician-Administred PTSD Scale / Interview) erhoben worden. CAPS orientiere sich am Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-IV seien klar erfüllt. Die Kriterien liessen sich aber auch auf die ICD-10 übertragen (Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Im Kriterium A werde ein Ereignis von aussergewöhnlicher Bedrohung vorausgesetzt, was beim Exploranden klar gegeben sei. Kriterium B beinhalte anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-backs), sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähnelten oder mit ihr in Zusammenhang stünden. Dieses Kriterium sei ebenfalls erfüllt. Der Explorand berichte über Flashbacks, Wiedererleben und Alpträume. Dass er für das Ereignis eine Amnesie habe, spreche nicht gegen das Vorliegen von Symptomen des Wiedererlebens, wie dies in den Akten auch postuliert werde (namentlich im Einsprache-Entscheid vom 24. Juli 2012). Es sei aus der Literatur bekannt, dass eine PTBS auch dann vorliegen könne, wenn für das Ereignis eine Amnesie vorliege. Die retrograde Amnesie sei nur von sehr kurzer Dauer gewesen, und

auch die anterograde Amnesie sei zeitlich eng begrenzt gewesen. Zudem hätten auch Erzählungen einen Einfluss auf das spätere Erleben. Das Kriterium C beinhalte Vermeidungsverhalten im Zusammenhang mit dem Ereignis. Tatsächlich zeige der Explorand Vermeidungsverhalten und sozialen Rückzug. Die Diagnose einer PTBS sei wiederholt in Zweifel gezogen worden, zumal sich der Explorand wieder im Speedflying versucht habe. Dies sei aber mit ausdrücklicher Unterstützung der behandelnden Ärzte geschehen, die dies im Sinne einer Exposition als sinnvoll erachtet hätten. Sowohl in der Klinik P.____ als auch in der ambulanten Behandlung der Klinik L.____ sei eine Exposition empfohlen worden (Expositionen seien bei Angst- und Stressfolgeerkrankungen mit Vermeidungsverhalten ein sinnvolles therapeutisches Vorgehen und es spreche nicht gegen die Diagnose, wenn sich der Explorand dieser Herausforderung stelle. Es passe auch zur Persönlichkeit des Exploranden, dass er trotz Symptomen versuche, an die alten Leistungen anzuknüpfen, und sich der Exposition stelle). Der Explorand schildere aber nachvollziehbar, dass er nie mehr das Gefühl der Sicherheit und Vertrauen in sich und das Material, was bei diesem Sport Voraussetzung sei, habe wiedererlangen können. Das Kriterium C könne deshalb als erfüllt betrachtet werden. Kriterium D1 sei erfüllt, wenn teilweise oder vollständige Unfähigkeit vorliege, wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern. Dieses Kriterium könne wegen der teilweisen Amnesie, die organisch bedingt gewesen sei, nicht beurteilt werden. Das Kriterium D2 sei aber klar erfüllt: Der Explorand zeige Symptome der erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (Hyperarousal) mit Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz und erhöhter Schreckhaftigkeit. Die Symptome seien innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfallereignis aufgetreten, somit sei auch das Zeitkriterium erfüllt. Der Explorand erfülle die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Neben der posttraumatischen Belastungsstörung zeige der Explorand aber auch deutlich depressive Symptome wechselnder Ausprägung. Einige der Symptome zeigten auch eine Überlappung mit den Symptomen im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung: So könnten Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen sowohl im Rahmen einer PTBS als auch einer Depression vorkommen und eine Abgrenzung sei weder sinnvoll noch möglich. Für die Diagnose einer depressiven Störung müssten die Symptome mindestens zwei Wochen anhalten (G1), es dürften keine manischen oder hypomanischen Episoden aufgetreten sein (G2) (sonst werde eine bipolare Störung diagnostiziert) und die Symptome dürften nicht als Folge von Gebrauch von psychotropen Substanzen aufgetreten sein (G3).

G1-3: Kriterium A. Kriterium B beinhalte depressive Stimmung, Interessen- und Freudverlust, sowie verminderten Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit. Kriterium C beinhalte Verlust des Selbstvertrauens, unbegründete Selbstvorwürfe, wiederkehrende Gedanken an den Tod / Suizidgedanken, vermindertes Konzentrationsvermögen, psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung, Schlafstörungen sowie Appetitverlust / Appetitsteigerung mit Gewichtsveränderung. Kriterium A sei klar erfüllt. Auch Kriterium B sei vollumfänglich erfüllt. Bei Kriterium C seien Suizidgedanken vorhanden, Schlafstörungen seien vorhanden (aber auch im Rahmen der PTBS). Verlust des Selbstvertrauens sei teilweise vorhanden, unbegründete Selbstvorwürfe seien punktuell vorhanden. Insgesamt könne beim Exploranden die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) gestellt werden. Der Begriff «Episode» suggeriere, dass es sich um eine zeitlich begrenzte Störung mit einem klaren Anfang und einem definierten Ende handle. Tatsächlich bestehe die depressive Symptomatik schon seit mehreren Jahren. Schon 2010 sei von den Wirbelsäulenchirurgen eine allgemeine Antriebsschwäche beschrieben worden, ohne dass

die Diagnose einer Depression gestellt worden sei. Im März 2011 sei erstmals die Verdachtsdiagnose einer mittelschweren depressiven Episode gestellt worden. Im März 2012 sei die Diagnose depressive Episode, mittelgradig (ICD-10 F32.1), mit somatischem Syndrom gestellt worden. Es könne deshalb davon ausgegangen werden, dass seit Herbst 2011 durchgehend eine depressive Symptomatik vorliege, vom Schweregrad her einer mittelgradigen Episode entsprechend. Eine Arbeitstätigkeit von 50 % sei realistisch. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien akzentuierte Persönlichkeitszüge im Sinne einer narzisstischen Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1). 7.6 Im Arztbericht vom 26. Oktober 2016 (Suva-Nr. 392 S. 57 f.) wies Dr. med. I. ___ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus: – Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) nach Gleitschirmunfall (2010) ICD-10 F43.1, bestehend seit 2010 – Rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4) – Status nach Kompressionsfraktur BWK 2, 6, 7, 8 und Lungen- und Nierenkontusion nach Gleitschirmabsturz – Status nach Knieunfall-Trauma März 2015 rechts mit ubiquitären Bandrupturen und Operation Als Zimmermann, Polier und Holzbauarchitekt bestehe seit April 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis anhin. Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung infolge Gleitschirmtrauma im Jahr 2010. Nachfolgend komorbide rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom, rezidivierende Infekte, gleichzeitig traumachirurgische Unfallfolgen in Form Kompressionsfraktur BWK mehretagig, Lungen- und Nierenkontusion. Psychisch Symptome der Traumafolgestörung mit Albträumen, Schwitzen, Hypervigilanz, Re-Triggerung mit erniedrigter Stresstoleranz, depressive Symptomatik. Zusätzliche psychische Belastung durch langjährige gerichtliche Verfahren und Gutachten, u.a. versicherungsmedizinisch. Zweimalige Aufenthalte in der Klinik S. ___ zwecks psychischer Stabilisierung, nach einem zusätzlich komplizierenden Knieunfall-Trauma im März 2015 rechts nach häuslichem Treppensturz kombinierte Reha-Behandlung, jeweils mit gutem Erfolg, jedoch verbleibe eine Restsymptomatik. Seit konsequenter Durchführung einer EMDR-Therapie mit 2 – 4-monatigen Therapieblöcken, unterbrochen durch 2 – 3-monatige Pausen, langsame klinisch-psychiatrische und auch somatische Stabilisierung. Dritter Behandlungsblock ausstehend (voraussichtlich ab November 2015 über drei Monate). Erhobene Befunde: Neben PTSD-spezifischer Symptomatik mit Flashbacks, Schlafstörungen, Hyperarousal etc. depressive Symptome mit Antriebsstörung, Interesseverlust, Schlafstörungen mit Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen, Appetitschwankung, Libidoverlust, Freudlosigkeit und sozialem Rückzug. Im Laufe der EMDR-Behandlung langsame Verbesserung der Länge und Intensität der depressiven Phasen sowie der rezidivierenden Infekte. BDI-II (Becksches Depressions-Inventar): 29 Punkte. 7.7 Dr. med. H. ___, MAS HCM FM, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 9. April 2019 (Suva-Nr. 413) fest, es gebe keine unfallkausale versicherungspsychiatrisch zu plausibilisierende Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Jedoch bestehe die folgende unfallkausale versicherungspsychiatrisch zu plausibilisierende Diagnose ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 79 f.): Status nach Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) Nicht-unfallkausale versicherungspsychiatrisch zu plausibilisierende Diagnosen seien: Akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 F73.0) mit / bei – rezidivierenden Anpassungsstörungen mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) DD Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) In Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. März 2010 könne beim Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der aktenanamnestischen Informationen, der während der Untersuchung

vom 18. März 2019 erhaltenen eigenanamnestischen Angaben und der erhobenen psychopathologischen und interaktionellen Befunde als unfallkausal die Diagnose einer «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23)» postuliert werden. Das Krankheitsbild sei spätestens ab Frühjahr 2012 remittiert gewesen, dementsprechend könne spätestens ab diesem Zeitpunkt auch eine unfallkausal begründete Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nicht mehr angenommen werden. Die nicht-unfallkausalen psychischen Auffälligkeiten – in erster Linie sei auf die narzisstischen Persönlichkeitszüge hinzuweisen, nachgeordnet sei ein ADHS diskutierbar – seien als vorbestehend zu betrachten und durch das Unfallereignis weder ausgelöst noch richtungsweisend verschlechtert worden. Nach Remission der Symptomatik der unfallkausal bedingten Anpassungsstörung sei spätestens ab Frühjahr 2012 der Vorzustand wieder erreicht gewesen. In Bezug auf die Darstellung der unfallkausalen psychischen Beschwerden und die Auswirkungen der unfallkausalen psychischen Beschwerden auf das Funktionsniveau im Alltag sei beim Beschwerdeführer vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Beschwerdevalidierung und der Inkonsistenz-Prüfung von einer mindestens teilbewussten Aggravation auszugehen (S. 99 f.).

7.8 Am 2. Juli 2019 verfasste der den Beschwerdeführer seit 2011 behandelnde Dr. med. I. ___ eine «ärztliche Stellungnahme zum Gutachten Dr. H. ___» (Suva-Nr. 424 S. 9 – 15). Dabei führte er folgende Beispiele für Auffälligkeiten im Sinne von Inkonsistenzen, Unvollständigkeiten auf (S. 15 oben): Wesentliche medizinische Berichte seien nicht in den Aktenauszügen genannt worden (u.a. Arztbericht PD Dr. med. T. ___, I. ___ 2010 [wohl gemeint: 2011]); in den Aktenauszügen fehlten wichtige medizinische und arbeitsfähigkeitsbezogene Informationen des Aktendokuments; in den Aktenauszügen würden oft Verfasser und medizinische Qualifikation nicht bzw. unvollständig genannt; aus dem B-Test und dem VEI werde in der Zusammenfassung mehr abgeleitet als in der Beurteilung; kein Einbezug der umfangreichen EMDR-Traumatherapie mit dort erfolgter regelmässiger standardisierter Evaluation. Der Beschwerdeführer leide unter folgenden aktuellen psychiatrischen Beschwerden bis dato: Vermeidungsverhalten, Retriquer, Schlafstörungen inkl. Alpträume mit Wiedererleben Absturz, Konzentrationsstörungen, rezidivierende Infekte, depressive Stimmungseinbrüche, Hyperarousal, Misstrauen, Gereiztheit. Teilweise fluktuierend, korrelierend zu unfallassozierten externen Belastungen (Gerichtstermine, Versicherungsentscheide etc.). Vermeidung sozialer Netzwerke (z.B. Facebook als Nachrichtenplattform für tödliche Abstürze seit Jahren nicht mehr genutzt, Misstrauen gegenüber Schirmen). Bis im Juni habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ab Juli erneuter Versuch eines beruflichen Wiedereinstiegs: 20 % Arbeitsfähigkeit. Es könne folgende psychiatrische Diagnose unfallbedingt gestellt werden: vgl. Bericht PD Dr. med. T. ___, I. ___ (2011): Posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1. Diese stehe gemäss seiner psychiatrischen Beurteilung als Behandler noch in kausalem Zusammenhang mit dem Unfall vom März 2010 (S. 15).

7.9 In der «Ergänzung zur ärztlichen Stellungnahme zum Gutachten Dr. H. ___» vom 2. Juli 2019 (Suva-Nr. 424 S. 16 ff.) führte Dr. med. I. ___ weitere Inkonsistenzen, Unvollständigkeiten des Gutachtens auf: Nachrangigkeit der Diagnose Anpassungsstörung sei nicht beachtet worden (Erläuterung s.u.); unrichtige Angabe dahingehend, es sei im Februar 2010 ein psychiatrischer Bericht erstellt worden; dass im Bericht med. pract. J. ___ von diesem als internistischer Facharzt die Diagnose einer PTBS nicht gestellt werde, seien im Gutachten medizinisch irreführende und im Kontext als unrichtig zu bezeichnende Aussagen. Die Darstellung wirke auch insofern tendenziös, als sie die von med. pract. J. ___ erhobenen hohen Werte des Instruments IES-R mit Verdacht

auf eine PTSD in ihrer Bedeutung, entsprechend dem Hinweis von psychiatrischem Abklärungsbedarf seitens med. pract. J.____, dem dann durch ihn nachgekommen worden sei, unerwähnt liessen; nicht richtig sei die Angabe, dass erstmals knapp zwei Jahre nach dem Ereignis über PTBS-Symptome durch den Dr. med. I.____ berichtet worden sei. Der Arztbericht PD Dr. med. T.____, I.____ sei vom Juni 2011, die Abklärung sei natürlicherweise vorher erfolgt; aus Sicht des Referenten sei beim Beschwerdeführer eine insgesamt über die Jahre konsistente und glaubwürdige verlaufsadäquate Beschwerdepräsentation psychiatrischerseits zu verzeichnen, dies sei jedoch unbedingt zu ergänzen durch Angaben der Traumatherapeutin; der Einwand sei medizinischerseits weiterhin zu erheben bzgl. konstruierter Vergleiche, die sich als inkonsistent erwiesen, u.a. aufgrund des Zeitkriteriums der Diagnose Anpassungsstörung; S. 87: verglichen werde der Zeitpunkt der Hospitalisation in der Klinik P.____ 2014 (vier Jahre nach Absturz) mit der dort bestätigten Diagnose PTBS mit der gemäss Gutachter adäquaten Diagnose einer Anpassungsstörung, die allerdings in der Regel gemäss Definition nicht länger als sechs Monate anhalte und gemeinhin innerhalb eines Monats nach Ereignis auftrete, ausser im Fall einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (dann bis zu zwei Jahre Dauer gemäss Definition ICD-10). Nachdem ein komplett unkommentierter eingeschobener Definitions-Textbaustein zu einer völlig anderen Störung (ICD-10 Diagnose Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung) eingeschoben werde, S. 87 – auf die chronifizierte Form einer PTBS, die dieser Persönlichkeitsveränderung gemäss Definition vorausgehe, gehe der Gutachter nicht ein –, springe der Gutachter zurück zur Anpassungsstörung, die als Diagnose angeblich zum Symptombeschrieb von med. pract. J.____, Internist, vom Februar 2012 (!) (das wäre dann knapp zwei Jahre nach dem Absturz) passen würde, ohne zu erläutern und entsprechend zu begründen, warum in beiden Fällen (2014, 2012, selbst für den Bericht von med. pract. J.____ 2011) das Zeitkriterium nicht erfüllt sei. Für die Anpassungsstörung würden im Gutachten nur jene Passagen der Definition abgedruckt, die das Zeitkriterium und die Formulierung bzgl. Nachrangigkeit nicht enthielten, Vollständigkeit und Konsistenz damit gemäss Diagnoseherleitung und -begründung nicht erfüllt; da der Gutachter mehrfach darauf abgestellt habe, welcher Bericht was wann enthalte, sei damit unvereinbar, dass die Jahresangaben einiger Berichte nicht mit den in den Akten erwähnten übereinstimmten und Berichte, die im Gutachten erwähnt würden, nicht in den Akten aufgeführt seien (z.B. psychiatrischer Bericht Februar 2010, Bericht med. pract. J.____ 2012); insgesamt scheinere der Gutachter – ersichtlich durch mehrfach nicht korrekte Angaben und Daten, die Inhalt und Kontext veränderten – mit einer sauberen, konsistenten Darstellung und Zusammenfassung der Akten überfordert. Dies geschehe im Zusammenhang mit Akten von medizinisch hoher Wichtigkeit. Aufgrund mehrfacher Nachforderung von Akten sowie den zusätzlich vom Beschwerdeführer entgegengenommenen Akten durch den Gutachter sollte davon ausgegangen werden können, dass die medizinisch vorhandenen Berichte einsehbar und verwertbar gewesen seien; Bericht Dr. med. I.____ 2013 bzgl. Arbeitsunfähigkeit werde verkürzt in der Aktenzusammenfassung, noch verkürzter in der Würdigung des Gutachtens dargestellt, wesentliche Passagen seien sinnverändernd bzw. nicht erwähnt; es entstehe der Eindruck, als habe der Gutachter eine vorbestehende Meinung; Bericht Dr. med. N.____ (Juni 2013) sei deutlich gekürzt und inhaltlich verzerrt dargestellt worden, Frage nach dem Zusatz (Suva?) hinter der Erwähnung der angeführten Störung nicht geklärt bzw. erörtert; bei einem mehr als hundertseitigen Gutachten sei davon auszugehen, dass dieses einen zusammenhängenden vollständigen psychopathologischen Befundbericht enthalte.

Vorliegend werde angegeben, dieser sei gemäss AMDP erstellt bzw. strukturiert. Zwar umfasse dieser in der Dokumentation über zwei Seiten, die Ausführungen enthielten jedoch unter «andere Störungen» nur Informationen zum sozialen Rückzug, die jedoch für die vorliegende Problematik und Fragestellung ebenso wichtigen ebenfalls zur Kategorie «andere Störungen» erwähnten Punkte soziale Umtriebigkeit, Aggressivität, Suizidalität, Selbstgefühl, Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht würden nicht abgehandelt. Andere Punkte des Befundes wie z.B. «Sinnestäuschungen» seien hingegen auch aktiv erwähnt und dann verneint worden. Die Vollständigkeit sei somit nicht gegeben in medizinisch entscheidenden psychiatrischen Befundbestandteilen. Auch «Schlaf» und «Appetit» seien nicht dokumentiert worden, fielen jedoch unter die AMDP-Kategorie «Somatischer Befund» und seien regelmässig Bestandteil eines psychopathologischen Befundes (im Gutachten evtl. entsprechend der Überschrift «somatische Beschwerden», die einzig angegebene Schmerzen des Bewegungsapparates enthielten); der Gutachter spare sie aus. 8. Da sich die Beschwerdeführerin in ihrem angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. März 2020 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.____ vom 9. April 2019 (Suva-Nr. 413) stützt, ist nachfolgend zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt. 8.1 Das monodisziplinäre psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.____ datiert vom 9. April 2019 und wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.3 hiervor) in allen Punkten gerecht. So beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem nebst der Erhebung des psychopathologischen Befundes nach AMDP (S. 55 ff.), der Ich-Funktionen und der Persönlichkeitsstruktur sowohl eine psychometrische Beurteilung der Persönlichkeit gemäss ICF jeweils in der Untersuchungssituation (S. 59 ff.), ein VEI Erlebens- und Verhaltensinventar, sowie ein «The b Test» durchgeführt wurden. Zudem kann beim Gutachter von der Kenntnis der Vorakten ausgegangen werden, indem er unter dem Titel «relevante Auszüge aus den Akten in chronologischer Reihenfolge» (S. 12 ff.) sowohl die medizinischen Berichte als auch die bisher erfolgten E-Mails, Schreiben, Telefonate, Verfügungen und Entscheide chronologisch zusammenstellte (S. 12 ff.). Durch die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (S. 43 ff.) wurden auch dessen geklagte Beschwerden in die gutachterliche Beurteilung miteinbezogen (S. 51 f.). Weiter sind die medizinischen Zusammenhänge und Schlussfolgerungen nachvollziehbar und klar: So führte Dr. med. H.____ aus (S. 82 oben), beim Beschwerdeführer sei bis zum Unfallereignis im März 2010 keine psychiatrische Vorgeschichte dokumentiert bzw. sei eine solche vom Beschwerdeführer nicht angegeben worden (S. 80). Diese Aussage trifft zu, da der Beschwerdeführer bei der Exploration angab, bis zum Unfall im März 2010 nie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein (S. 51 oben). Der psychiatrische Gutachter legte weiter in nachvollziehbarer Weise dar (S. 82 oben), ein gravierendes Erlebnis wie der Unfall vom 20. März 2010 könne analog zu anderen intensiv erlebten Ereignissen bereits normalpsychologisch geeignet sein, eine intensive psychische Reaktion von eher unspezifischem Charakter hervorzurufen. Dazu gehöre durchaus auch das sich Erinnern an das Ereignis mit entsprechenden Gefühlen, Schlafstörungen, Alpträumen in Bezug auf das Ereignis und auch eine erhöhte Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit, sozialer Rückzug und auch Beeinträchtigung in der Kognition. Daher leuchtet auch die weitere Darlegung des Gutachters ein, wonach es somit durchaus auch eine adäquate, nicht pathologische Reaktion auf ein belastendes Ereignis gebe. Ob sich dann eine Symptomatik i.S.e. psychotraumatologischen Erkrankung nach ICD-10 oder DSM-V herausbilde, ist gemäss dem psychiatrischen Experten nicht nur eine Frage der Qualität der

Beschwerden, sondern auch eine Frage der Quantität bzw. Intensität der Beschwerden. Er hält fest, es müsse eine erhebliche Abweichung im Vergleich zum Verhalten und / oder Erleben eines gesunden Menschen vorliegen. Vor diesem Hintergrund sei eine PTBS zu verneinen. Auch wenn es im Kontext der narzisstischen Persönlichkeitsproblematik des Beschwerdeführers durchaus vollstellbar sei, dass er psychische Beschwerden eher bagatellisiere, so sei doch die typische Symptomkonstellation aus Wiedererleben, Vermeidung und Hyperarousal nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen. Diese Einschätzung wird in der Folge ausführlich und in nachvollziehbarer Weise hergeleitet und begründet (S. 82 ff.). In Bezug auf die nach dem Unfall vorgelegenen psychotraumatologischen Symptome hielt Dr. med. H.____ fest (S. 88), die diagnostische Entität einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) werde diesem Beschwerdebild hinreichend gerecht. Diese gutachterliche Einschätzung erscheint plausibel, da die allgemeinen Kriterien dieser Diagnose gemäss dem Gutachter als erfüllt betrachtet werden können, wobei insbesondere erwähnt werden könne, dass das Krankheitsbild ohne den Unfall nicht entstanden wäre. Zum anschliessenden Verlauf erklärt der psychiatrische Experte unter Hinweis auf das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers in den ersten Monaten nach dem Unfallereignis, im Kontext mit den zahlreichen sportlichen Aktivitäten und den damit verbundenen Anforderungen an die Leistungsfähigkeit könne bei wohlwollender Betrachtung davon ausgegangen werden, dass dieses Krankheitsbild spätestens nach zwei Jahren, also im Frühling 2012 vollständig remittiert gewesen sei. Diese Schlussfolgerung ist plausibel zumal Dr. med. H.____ anschliessend darlegte, dass die Teilnahme im März 2012 an den Schweizer Meisterschaften im Speedflying ebenso wenig mit einem unfallkausalen psychischen Leiden in Einklang zu bringen sei, wie die Auslandsreisen zu Sportveranstaltungen nach Andorra, Norwegen und Frankreich in den Jahren 2010 bis 2012 bzw. nach Sylt im Sommer 2012 mit Durchführung eines Fallschirmsprungs bei einem Polo-Event. So könnten gemäss schlüssiger gutachterlicher Einschätzung weder die Vorbereitungen – inkl. der gemäss dem Beschwerdeführer Absolvierung von tausenden von Kilometern per Auto zwischen März 2010 und Juni 2011 – für die Wettkämpfe und Sportveranstaltungen, noch die Wettkampf- und Sportveranstaltungen selber überwiegend wahrscheinlich mit funktionellen Beeinträchtigungen in Verbindung gebracht werden, die auf ein krankheitswertiges, unfallkausales psychisches Leiden zurückzuführen seien (S. 89). Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.____ vom 9. April 2019 ist somit grundsätzlich beweiswertig.

8.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. H.____ vom 9. April 2019 durch die in zeitlicher Hinsicht vor dem Gutachten verfassten medizinischen Berichte allenfalls geschmälert wird.

8.2.1 Dr. med. H.____ ging auf die in den medizinischen Vorakten u.a. diagnostizierte «posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» ein, wobei er ausführte, dass die Frage des Vorliegens dieser Diagnose insbesondere in Anbetracht der Arztberichte von Dr. med. I.____ und Prof. Dr. med. Q.____ zu diskutieren sei (Suva-Nr. 413 S. 82). Dem kann gefolgt werden. So diagnostizierten sowohl Dr. med. I.____ in den Arztberichten vom 16. März 2012 und vom 26. Oktober 2016 (vgl. E. II. 7.3 und 7.6 hiervor) als auch Prof. Dr. med. Q.____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 19. September 2014 (vgl. E. II. 7.5 hiervor) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). In Bezug den «einfachen Bericht» von lic. phil. M.____ vom 30. Januar 2012 (vgl. E. II. 7.2 hiervor) kann festgehalten werden, dass ihre Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht überzeugt, da die Psychologin auf diese Diagnose nicht näher einging und sie sich zudem auf die Durchführung einer

EMDR-Therapie konzentrierte, welche jedoch nach circa einem Monat wegen Nichteinhalten der therapeutisch sinnvollen Konstanz durch den Beschwerdeführer seitens der Psychologin abgebrochen werden musste. In Bezug auf den Bericht von Dr. med. I. ___ vom 16. März 2012 hielt Dr. med. H. ___ fest, es würden zwar die in Zusammenhang mit einer PTBS relevanten Symptome wie Flashback und Alpträume deskriptiv genannt, nähere Ausführungen im Sinne einer Schilderung eines individualisierten Krankheitsbildes fänden sich hingegen nicht (Suva-Nr. 413 S. 64 Mitte). Diesen Ausführungen ist zuzustimmen. So beschränkte sich der behandelnde Psychiater Dr. med. I. ___ in seinem Bericht im Wesentlichen auf das Aufzählen der sich zu Beginn der Behandlung beim Beschwerdeführer präsentierenden Symptome, wobei er jedoch nicht weiter auf diese einging. Er vermochte dabei auch nicht aufzuzeigen, weshalb die von ihm genannten Flashbacks und Alpträume im Bericht von med. pract. J. ___ vom 16. Februar 2011 (vgl. E. II. 7.1 hiervor) durch den Beschwerdeführer noch explizit verneint wurden. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf den Bericht vom 26. Oktober 2016 (vgl. E. II. 7.6 hiervor) von Dr. med. I. ___. Auch hier beschränkte sich dieser auf das Aufzählen von PTBS-spezifischen Symptomen, mit denen er sich jedoch anschliessend nicht substantiiert auseinandersetzte. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung wird auch in diesem Bericht nicht nachvollziehbar hergeleitet. Etwas anders präsentiert sich der Sachverhalt in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. med. Q. ___ vom 19. September 2014 (vgl. E. II. 7.5 hiervor). Er ging auf die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 konkret ein und diskutierte sie. So führte er aus, beim Beschwerdeführer sei das Kriterium A (Ereignis von aussergewöhnlicher Bedrohung) klar gegeben. Dem widerspricht Dr. med. H. ___ in seinem psychiatrischen Gutachten nicht, bezeichnet er doch dieses Kriterium ebenfalls als «erfüllt» (Suva-Nr. 413 S. 85). Diese Einschätzungen erscheinen mit Blick auf den Hergang des Ereignisses vom 20. März 2010 (Absturz mit Speedflyer auf Eis), welches mit Urteil VSBES.2017.223 vom 11. Juni 2018 als mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen qualifizierte wurde, als richtig (E. II. 7.3). Betreffend das weitere Kriterium B (anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung), das Prof. Dr. med. Q. ___ mit der Begründung bejahte, der Beschwerdeführer berichte über Flashbacks, Wiedererleben und Alpträume, führte Dr. med. H. ___ aus, dieses Symptom sei von einem Untersucher kaum zu objektivieren. In der Spontanschilderung zu seinen Beschwerden habe der Beschwerdeführer erwähnt, er habe Alpträume, auf die Frage, welchen Inhalt die Alpträume hätten, habe er jedoch eher vage geantwortet, dass er vom Unfall träume. Gemäss Dr. med. H. ___ würden echte Alpträume deutlich plastischer geschildert, was insbesondere auch beim Beschwerdeführer zu erwarten gewesen wäre, da er ansonsten eher eindrücklich und lebendig insbesondere seine Erfahrungen z.B. mit Versicherungen beschrieben habe. Intrusionen, also ein ungewolltes Neudurcherleben des traumatischen Ereignisses mit Gefühlen von Angst, Ohnmacht oder Betäubung bis hin zu dissoziativen Zuständen mit Verlust des Realitätsbezuges und auch der Handlungsunfähigkeit seien vom Beschwerdeführer nicht angegeben worden. Die Formulierung, der Unfall komme ihm insbesondere bei Startsituationen immer wieder in den Sinn, genüge hier nicht. Ausgelöst würden Intrusionen von Schlüsselreizen wie in Zusammenhang mit dem Trauma zu sehende Gegenstände, Aktivitäten, Gerüche etc.. Weiter legte Dr. med. H. ___ dar, der Beschwerdeführer habe seine Leidenschaft auch nach dem Unfall regelmässig weiter ausgeübt, das Auftreten von Intrusionen oder das Auftreten von Zeichen einer intensiven psychischen Belastung mit entsprechenden körperlichen Symptomen, ausgelöst durch das

Fliegen, durch das Flugmaterial, durch das Wetter etc. wäre in diesem Zusammenhang lebensgefährlich gewesen und hätte beim Beschwerdeführer, der sich als umsichtig beschreibe, wohl eher dazu geführt, die fliegerischen Aktivitäten einzustellen. Natürlich wäre es dennoch denkbar, dass der Beschwerdeführer ausschliesslich im Schlaf an Intrusionen in Form von Albträumen leide, in der Bewertung des Referenten wäre dies aber die deutlich weniger wahrscheinliche Variante, erheblich wahrscheinlicher wäre, dass bei tatsächlich vorliegender PTBS Intrusionen in Zusammenhang mit dem Fliegen oder in Zusammenhang mit Gegenständen oder Situationen, die mit dem Fliegen zusammenhängen, aufgetreten wären. Daher erachtete Dr. med. H. ___ das Kriterium B als nicht erfüllt (Suva-Nr. 413 S. 85 oben). Dies leuchtet ein. In Bezug auf das Kriterium C (Vermeidungsverhalten im Zusammenhang mit dem Ereignis) hielt Dr. med. Q. ___ in genereller Weise fest, der Beschwerdeführer zeige Vermeidungsverhalten und sozialen Rückzug. Er gab weiter an, dass sich der Beschwerdeführer wieder im Speedflying versucht habe, was mit ausdrücklicher Unterstützung durch die behandelnden Ärzte erfolgt sei, die dies im Sinne einer Exposition als sinnvoll erachtet hätten. Diese Einschätzung kann aufgrund der vorliegend dokumentierten Arztberichte indes nicht verifiziert werden. So sind diesen keine Angaben zu entnehmen, wonach dem Beschwerdeführer ausdrücklich zur Wiederausübung des Speedflying geraten worden wäre. Dazu führte Dr. med. H. ___ aus (Suva-Nr. 413 S. 66 unten), warum ein ärztlich verordnetes Speedflying erklären solle, dass dennoch ein Vermeidungsverhalten vorliege, erschliesse sich logisch nicht bzw. diese Argumentation sei nicht verstehbar. Er stellte diesbezüglich fest, der Beschwerdeführer habe die Fliegerei wenige Monate nach dem Unfall wieder ausgeübt. Betroffene, die ein Vermeidungsverhalten zeigten, würden jedoch Situationen, Menschen, Gegenstände oder Örtlichkeiten, vermeiden, die mit dem Trauma in Verbindung stünden, auch um schwierige emotionale Erlebensformen zu vermeiden. Ein solches Verhalten sei jedoch gemäss Dr. med. H. ___ beim Beschwerdeführer nicht festzustellen. Nach dem Abklingen der körperlichen Beschwerden habe er ab Frühjahr 2011 fortgesetzt aktiv weiterhin fliegerische Situationen aufgesucht, die einen engen inhaltlichen Zusammenhang mit dem Trauma aufwiesen. Es könne keine Rede davon sein, nicht einmal im Ansatz sei ein durchaus zu erwartendes phobisches Verhalten in Bezug auf die fliegerischen Aktivitäten zu konstatieren. Auch die fortgesetzte Beschäftigung im Rahmen von gerichtlichen Auseinandersetzungen mit dem Schirm-Hersteller spreche nicht zwingend für ein Vermeidungsverhalten, das gleiche gelte z.B. für die Teilnahme an der Unfallanalyse in [...]. Laut Dr. med. H. ___ sei das Kriterium C daher nicht erfüllt (Suva-Nr. 413 S. 85). Diese Ausführungen überzeugen und sind nachvollziehbar. Eingehend auf das Kriterium D1 (teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern) legte Prof. Dr. med. Q. ___ dar, dies könne wegen der teilweisen Amnesie, die organisch bedingt gewesen sei, nicht beurteilt werden. Dr. med. H. ___ setzte sich mit diesem Kriterium nicht explizit auseinander, weshalb in Bezug auf die Ausführungen von Prof. Dr. med. Q. ___ von seinem Einverständnis ausgegangen werden kann. Dieser Einschätzung ist zuzustimmen, da beim Beschwerdeführer von einer anterograden Amnesie nach dem Unfallereignis auszugehen ist (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2017.223 vom 11. Juni 2018 E. II. 7.6). Das weitere Kriterium D2 (Hyperarousal) schätzte Prof. Dr. med. Q. ___ als klar erfüllt ein. So zeige der Beschwerdeführer Symptome von erhöhter psychischer Sensitivität und Erregung (Hyperarousal) mit Einschlaf- und Durchschlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz und erhöhter Schreckhaftigkeit. Diese Symptome seien innerhalb von sechs Monaten nach dem

Unfallereignis aufgetreten, womit auch das Zeitkriterium erfüllt sei. Dazu äusserte sich Dr. med. H. ___ wie folgt: Es bestehe kein Zweifel, dass beim Beschwerdeführer eine erhöhte Impulsivität und Reizbarkeit bestünden. Im Kontext der narzisstischen Persönlichkeitsanteile würden diese Verhaltensauffälligkeiten insbesondere dann auftreten, wenn der Beschwerdeführer sich zurückgesetzt, gekränkt oder nicht verstanden fühle. Diese Verhaltensweisen seien jedoch überwiegend vorbestehend, hingewiesen sei auf das WURS-K mit einer erhöhten Impulsivität in der Kindheit und auch auf die Selbstangaben des Beschwerdeführers, aufgrund seines sportlichen Ehrgeizes sei es wahrscheinlich, dass er aggressiver als andere sei. Auch dass der Beschwerdeführer übertrieben schreckhaft wäre, sei zu verneinen, hingewiesen sei auf Aktivitäten, die mit Lärm zusammenhängen wie z.B. von ihm berichtete Flüge mit Hubschraubern nach dem Unfall, aber auch das Durchführen von Flügen mit Fallschirmen jedweder Art oder stundenlange Autofahrten. In der Untersuchungssituation selber sei laut Dr. med. H. ___ keine erhöhte Schreckhaftigkeit oder Nervosität festzustellen gewesen, das Auftreten des Beschwerdeführers sei eher selbstbewusst gewesen. Zudem habe sich während der Untersuchung bei der Schilderung des Unfalles keine vegetative Mitreaktion gefunden, die als überstark zu bewerten gewesen wäre. Während der Untersuchung seien auch keine Konzentrationsstörungen feststellbar gewesen, die als pathologisch in dem Sinn zu interpretieren wären, dass der Gesprächsfluss hierdurch signifikant unterbrochen worden wäre. Daher kam Dr. med. H. ___ zu folgendem Ergebnis: Betrachte man die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und auch nach DSM-V, so reichten allfällig vorliegende unspezifische Symptome wie die anamnestisch angegebenen Konzentrationsschwierigkeiten und die Schlafstörungen nicht aus, um die Diagnose einer PTBS zu rechtfertigen. Hinzu komme, dass das Zeitkriterium, also wann die Symptome erstmals aufgetreten seien, nicht ohne weiteres als erfüllt zu betrachten sei. Erstmals knapp zwei Jahre nach dem Unfallereignis, im März 2012, habe Dr. med. I. ___ konkret über PTBS-typische Symptome berichtet, die von med. pract. J. ___ im Februar 2011 noch verneint worden seien. Diesen Ausführungen kann gestützt auf die vorliegenden Akten gefolgt werden, so verneinte der Beschwerdeführer gegenüber med. pract. J. ___ im Bericht vom 16. Februar 2011 die Symptome wie Flashbacks und Albträume (vgl. E. II. 7.1 hiervor), welche Dr. med. I. ___ anschliessend im Bericht vom 16. März 2012 (vgl. E. II. 7.3 hiervor) als gegeben erachtete. Allerdings ist die Feststellung insofern zu relativieren, als Dr. med. I. ___ in seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2019 (Suva-Nr. 424 S. 9 ff., 11) ausführt, er und PD Dr. med. T. ___ hätten bereits in einem früheren Bericht (die Behandlung begann im April 2011 [Suva-Nr. 53]), den er der Suva offensichtlich nie einreichte, die Kriterien einer PTBS bejaht. Allerdings wäre auch damit die für die Diagnose nach ICD-10 (F43.1) geltende übliche Latenz von wenigen Wochen oder Monaten überschritten. Dr. med. H. ___ qualifizierte das Kriterium D daher als teilweise erfüllt (Suva-Nr. 413 S. 85 oben). Nachdem Dr. med. H. ___ auf die Definition einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 eingegangen war (Suva-Nr. 413 S. 85), hielt er ergänzend fest, es könne vor dem Hintergrund der Aktivitäten des Beschwerdeführers auch nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer an Freudlosigkeit und Vermeidung von Aktivitäten und Situationen gelitten habe, die ihn an das Trauma erinnern hätten. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar, da aus den vorliegenden Akten hervorgeht und durch den Beschwerdeführer auch nicht bestritten wird, dass er relativ kurz nach dem Unfallereignis vom 20. März 2010 das Speedflying wieder aufnahm, Wettkämpfe bestritt, bei der technischen Aufarbeitung des Unfallhergangs bzw. -materials mithalf und

Trainingsabfahrten in den Alpen mit sozialen Kontakten im In- und angrenzenden, vereinzelt auch im entfernten Ausland hatte (vgl. E. II. 7.1 hiervor). Es kann daher nicht von einer Freudlosigkeit oder einem Vermeiden von Aktivitäten und Situationen ausgegangen werden, die ihn ans Trauma erinnerten. Es kann folglich den insgesamt schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. med. H.____ gefolgt werden. Daher ist davon auszugehen, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung beim Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. März 2010 nicht gestellt werden kann. H.____ hielt dazu ergänzend fest, auch wenn nach dem Unfall psychotraumatologische Symptome durchaus vorgelegen haben könnten, werde die diagnostische Entität einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) dem Beschwerdebild hinreichend gerecht. So könne die von med. pract. J.____ im Februar 2012 (vgl. E. II. 7.1 hiervor) festgestellte Symptomatik hier zwanglos eingeordnet werden, insbesondere, da der reaktive Charakter des Störungsbildes eindeutig zu rekonstruieren sei. In diesem Sinne führte bereits Dr. med. N.____ im Bericht vom 20. Juni 2013 aus (Suva-Nr. 7.4 hiervor), es sei ein Beschwerdebild mit subsyndromalen posttraumatischen Anteilen gegeben. 8.2.2 Auf die in den Berichten von Dr. med. I.____ vom 16. März 2012 und 26. Oktober 2016 sowie im psychiatrischen Teilgutachten vom 19. September 2014 durch Prof. Dr. med. Q.____ diagnostizierte «mittelschwere depressive Episode» (vgl. E. II. 7.3, 7.5, 7.6 hiervor) ging Dr. med. H.____ ebenfalls ein (Suva-Nr. 413 S. 88 oben). Dabei hielt er fest, dass das vom Beschwerdeführer gezeigte Aktivitätsniveau – das Fliegen, die intensiven Autofahrten ins In- und Ausland z.B. zwischen 2010 und 2012 mit der Teilnahme an Wettkämpfen und Veranstaltungen im In- und Ausland in den Jahren 2011 bis 2013 – mit dieser Symptomatik nicht ohne weiteres vereinbar sei. Gerade die vom Beschwerdeführer ausgeübten Sportarten liessen sehr wohl den Rückschluss zulassen, dass kein höhergradiges depressives Zustandsbild vorgelegen haben könne. Das gleiche gelte für Beeinträchtigungen der Kognition (Suva-Nr. 413 S. 65 oben). Die Unfallkausalität müsse auch hier verneint werden. Diesen schlüssigen gutachterlichen Ausführungen kann gefolgt werden. Dies u.a. auch aufgrund der Darlegung von Dr. med. H.____, wonach ein Patient mit einer mittelgradigen depressiven Episode schon aufgrund der damit in der Regel einhergehenden Antriebsstörungen nicht in der Lage wäre, den Anforderungen an die psychische und physische Leistungsfähigkeit des oben genannten Aktivitätsniveaus gerecht zu werden (Suva-Nr. 413 S. 98). 8.2.3 In Bezug auf die durch Dr. med. H.____ diagnostizierten «akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszüge (ICD-10 F73.0)» und die Differenzialdiagnose «Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)» finden sich bereits in den zeitlich zuvor erstatteten Arztberichten Hinweise. So führte Dr. med. N.____ in seinem Bericht vom 20. Juni 2013 (vgl. E. II. 7.4 hiervor) aus, eine narzisstische Persönlichkeit möge beim Beschwerdeführer allenfalls mitschwingen, so sollten gemäss der Aktenlage die Kriterien für eine riskierende-abenteuerlustige-Persönlichkeitsakzentuierung (IKP) erfüllt sein, zumal im Kindesalter eine deutlich erhöhte Impulsivität und Hyperaktivität beschrieben worden sei. Auch Prof. Dr. med. Q.____ wies in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 19. September 2014 (vgl. E. II. 7.5 hiervor) die Diagnose von «akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 F72.1), narzisstische Persönlichkeit» aus, hielt jedoch fest, dass diese keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Folglich werden die durch den psychiatrischen Gutachter Dr. med. H.____ festgestellten diesbezüglichen Diagnosestellungen durch die übrigen ärztlichen Einschätzungen gestützt. 8.2.4 Zusammenfassend vermögen die vor dem Gutachten von Dr. med. H.____ vom 9. April

2019 verfassten medizinischen Berichte dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen. 8.3 Es ist weiter zu prüfen, ob die nach dem Gutachten von Dr. med. H. ___ vom 9. April 2019 durch Dr. med. I. ___ verfasste Stellungnahme bzw. seine ergänzende Stellungnahme, beide datierend vom 2. Juli 2019 (vgl. E. II. 7.8 f. hiervor), dessen Beweiswert allenfalls in Zweifel zu ziehen vermögen. 8.3.1 Dr. med. I. ___ befasste sich in der Stellungnahme bzw. ergänzenden Stellungnahme vom 2. Juli 2019 (vgl. E. II. 7.8 f. hiervor) im Wesentlichen mit der Diagnose einer «posttraumatischen Belastungsstörung» (Suva-Nr. 424 S. 12), wobei er darlegte, diese sei durch zahlreiche unabhängige Psychiater im Zusammenhang mit dem stattgehabten Gleitschirmunfall festgestellt worden. Diesbezüglich kann unter Verweis auf die Ausführungen unter E. II. 8.2.1 hiervor festgehalten werden, dass Dr. med. H. ___ in seinem psychiatrischen Gutachten überzeugend und nachvollziehbar darzulegen vermochte, weshalb beim Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem am 20. März 2010 erlittenen Speedflying-Absturz eben gerade keine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt. Entgegen der Ansicht des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. ___ kommt es bei der Diagnosestellung nicht entscheidend darauf an, ob eine bestimmte Diagnose im Vorfeld bereits durch eine Vielzahl von anderen Fachpersonen bestätigt worden ist. Für den Beweiswert des Gutachtens ist vielmehr massgebend, dass eine substanziierte und nachvollziehbare Auseinandersetzung mit der entsprechenden Diagnose stattfindet und diese sodann allenfalls in schlüssiger Weise widerlegt bzw. befürwortet wird. Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H. ___ vom 9. April 2011 fand in Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung eine kritische Auseinandersetzung mit den zeitlich zuvor verfassten und teilweise anderslautenden Berichten und Gutachten statt. Dr. med. I. ___ vermag in seinen Stellungnahmen vom 2. Juli 2019 auch nicht darzutun, weshalb den einleuchtenden Einschätzungen von Dr. med. H. ___ aus psychiatrischer Sicht nicht gefolgt werden könne. Dr. med. I. ___ beanstandet im Weiteren, es würden in den Aktenauszügen wesentliche medizinische Berichte nicht genannt (Suva-Nr. 424 S. 15 f.), wobei er einzig den Bericht der Klinik L. ___ vom März 2011 (Abklärung inkl. ausführlicher Bericht) konkret benennt (wobei PD. Dr. med. T. ___ von der L. ___, der Suva am 2. Mai 2011 mitteilte, der Beschwerdeführer sei bei ihm seit 7. April 2011 in Behandlung, Suva-Nr. 53). Zudem fehlten in den Aktenauszügen wichtige medizinische und arbeitsfähigkeitsbezogene Informationen des Akten Dokuments und es würden oft Verfasser und medizinische Qualifikation nicht bzw. unvollständig genannt. Diese Vorbringen erweisen sich als unbehelflich bzw. laufen ins Leere. So vermag Dr. med. I. ___ nicht darzutun, inwiefern der Bericht der Klinik L. ___ vom März 2011 für die vorliegend zu beantwortenden Fragen überhaupt relevant wäre. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass der Bericht von Dr. med. I. ___ offenbar mitverfasst wurde und von ihm spätere Berichte vorliegen. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. I. ___ den von ihm erwähnten Bericht auch mit einer Stellungnahme vom 2. Juli 2019 nicht einreichte. Selbst wenn – wie von Dr. med. I. ___ dargelegt (Suva-Nr. 424 S. 11) – davon auszugehen wäre, dass die Kriterien für eine PTBS erstmals im Bericht vom Frühjahr 2011 – und somit nicht wie durch Dr. med. H. ___ angenommen, im März 2012 – als erfüllt bezeichnet worden wären, würde sich am Ergebnis, wonach keine unfallkausale PTBS vorliegt, nichts ändern. So führt diese zeitliche Differenz einzig dazu, dass das von Dr. med. H. ___ als «nicht ohne weiteres erfüllt» bezeichnete Zeitkriterium weniger klar zu verneinen oder eventuell als gegeben zu erachten wäre (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor). Den im psychiatrischen Gutachten aufgeführten «relevanten Auszügen aus den Akten in chronologischer Reihenfolge» (Suva-Nr. 413 S. 12 ff.) können die Facharzt titel der jeweiligen medizinischen Fachpersonen entnommen werden und in den

entsprechenden Auszügen sind auch medizinische und arbeitsfähigkeitsbezogene Informationen enthalten. Es kann daher – entgegen der Ansicht von Dr. med. I.____ – nicht davon ausgegangen werden, dass Dr. med. H.____ wichtige Informationen gefehlt hätten. Das Vorbringen von Dr. med. I.____, wonach im Gutachten mehrfach ein «Dr. U.____» genannt werde (S. 90), der in den Akten aber sonst nicht erwähnt sei, ist richtig. So ist aufgrund der sich präsentierenden Akten nicht ersichtlich, dass ein «Dr. med. U.____» in den vorliegenden Fall involviert wäre. Es ist jedoch im Zusammenhang mit der entsprechenden Benennung offensichtlich davon auszugehen, dass Dr. med. H.____ Dr. med. I.____ gemeint hat. So gab er u.a. an, die entsprechenden Berichte gäben betreffend detaillierte Angaben zur Behandlung keine differenzierte Auskunft und es fehlten auch Angaben zum Effekt der Behandlung auf das psycho-soziale Leistungsniveau, wobei zuletzt festgehalten werde, dass die depressive Symptomatik remittiert sei. Diese Ausführungen treffen auf die Berichte von Dr. med. I.____ vom 16. März 2012 und 26. Oktober 2016 (vgl. E. II. 7.3, 7.6 hiervor) zu. So ist diesen zur Behandlung einzig zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer fortlaufend im ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting behandelt werde. Weitere Angaben hierzu fehlen. Schliesslich wird im Arztbericht vom 26. Oktober 2016 festgehalten, die rezidivierende depressive Störung sei aktuell remittiert. Es kann somit bei der Bezeichnung «Dr. U.____», die sich einzig auf S. 90 des Gutachtens findet, aber dort gleich dreimal, von einem Versehen seitens des Gutachters Dr. med. H.____ ausgegangen werden. Dies vermag aber den Beweiswert des entsprechenden Gutachtens nicht in Frage zu stellen, zumal u.a. aufgrund der Beschreibungen in diesem Zusammenhang ohne weiteres auf den tatsächlich gemeinten Arzt geschlossen werden kann. 8.3.2 Folglich vermögen die beiden Stellungnahmen von Dr. med. I.____ vom 2. Juli 2019 den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. H.____ nicht zu schmälern. Es ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.). 9. Eingehend auf die Vorbringen des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 14. Mai 2020 (A.S. 7 ff.) ist augenfällig, dass diese im Wesentlichen mit den Ausführungen in den Stellungnahmen von Dr. med. I.____ übereinstimmen. Es erübrigt sich daher an dieser Stelle, darauf noch einmal einzugehen (vgl. dazu E. II. 8.3 hiervor). Dem Vorbringen (A.S. 17), wonach der Gutachter keine Fragen zum aktuellen Zustand des Beschwerdeführers gestellt habe, kann nicht gefolgt werden. So sind zum einen unter dem Titel «4 Biographische Angaben» u.a. Ausführungen zum Tagesablauf enthalten, in deren Rahmen der Beschwerdeführer über seine aktuelle gesundheitliche Verfassung berichtete (Suva-Nr. 413 S. 46). Im Weiteren finden sich unter dem Titel «subjektive Angaben zu den Beschwerden und zum Krankheitsverlauf» (Suva-Nr. 413 S. 51) ebenfalls Angaben des Beschwerdeführers zu seinem aktuellen Zustand bzw. seinem Befinden. 10. Zusammenfassend kann dem Gutachten von Dr. med. H.____ vom 9. April 2019 der volle Beweiswert zugesprochen werden. Die Beschwerdegegnerin hat sich somit in ihrem Einspracheentscheid vom 27. März 2020 zu Recht auf dieses Gutachten gestützt (A.S. 4). Es ist demzufolge davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer das als unfallkausal qualifizierte Leiden überwiegend wahrscheinlich spätestens ab Frühjahr 2012 remittiert war und spätestens ab diesem Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit mehr plausibilisiert werden kann, die im Zusammenhang mit einem unfallkausalen Leiden steht (Suva-Nr. 413 S. 101). Daher ist der Beschwerdeführer in Bezug auf die unfallkausal begründbaren psychischen Einschränkungen überwiegend wahrscheinlich spätestens seit dem Frühjahr 2012 für

jedwede Tätigkeit vollschichtig arbeitsfähig, die seinen Fähigkeiten entspricht. Folglich wurde der Vorzustand ab Frühjahr 2012 wieder erreicht und es ist davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand ab diesem Zeitpunkt gleich ist, wie der Vorzustand auch ohne das Unfallereignis (vgl. Suva-Nr. 413 S. 102 unten). 11. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen in Bezug auf die nicht objektivierbaren unfallkausalen Beschwerden des Beschwerdeführers mit Einspracheentscheid vom 27. März 2020 per 31. Mai 2012 eingestellt hat. 12. Damit ist der Einspracheentscheid vom 27. März 2020 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 13. Bezüglich weiterer Beweismassnahmen ist auf die Praxis des Bundesgerichts zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Da von weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. E. II. 4 Ziff. 2 hiervor, A.S. 30) keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist von diesen abzusehen. 14. 14.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 14.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 14

14.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

14.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Küng

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_77/2021 vom 20. April 2021 bestätigt.

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