

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT MV.2012.00010 vom 31. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_MV.2012.00010

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT MV.2012.00010 du 31 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT MV.2012.00010 del 31 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1

). Wegen verschie dener, von den Ärzten im Rahmen einer psychischen Störung interpretierter Symptome stand d ieser in der Folge weithin in – auch stationärer – Behandlung und wurde ab November 2007 von einem Case Manager betreut (vgl. Urk. 9/36, Urk. 9/39) . Am 21. Februar 2008 teilte die Militärversicherung dem Versicherten mit, dass sie aufgrund der Entlassung aus der Y.____ bei voller Arbeitsfähigkeit Anfang März 2008 ab der auf den Klinikaustritt folgenden Woche keine Taggelder mehr ausrichten werde (Urk. 9/66 S. 1). In der Folge bezog dieser auf einer 100%igen Vermittelbarkeit basierende Taggelder der Arbeitslosenversicherung (vgl. Urk. 9/71, Urk. 9/ 86.1 f. , Anhang zu Urk. 9/87). Mit Schreiben vom 31. März 2008 (Urk. 9/80) teilte die Militärversicherung dem Versicherten mit, dass die Frakturen des linken Ellbogens und des linken Hand gelenks sowie die lumbale Kontusion mit Abschürfung en weiterhin versichert seien. Weitere physiotherapeutische Massnahmen oder medizinische Abklärungen seien, nachdem der Versicherte das am 19. März 2008 vorgesehene neuro logische Konsilium abgesagt habe, nicht indiziert. Sie werde den sich aus der Differenz des bei der Arbeitslosenversicherung versicherten Verdienstes und des (höheren) mutmasslichen Jahresverdienst e s ergebende n Taggeldbetrag an den Sozialdienst seiner Wohnsitzgemeinde überweisen.

Am 15. April 2008 beschied die Militärversicherung X.____ , dass sie angesichts seiner 100%igen Arbeitsfähigkeit und Vermittelbarkeit ab 1. März 2008 ab diesem Datum keine Taggelder mehr leisten werde (Urk. 9/82 ; vgl. hiezu auch Urk. 9/85.10).

Die Kosten der in der Folge noch durchgeführten, teilweise von ihr veranlassten medizinischen Abklärungen übernahm sie weiterhin, und auch d as Case Management führte sie weiter (vgl. Urk. 9 /85) .

Unter Hinweis darauf, dass das MRI des Gehirns vom 5. Dezember 2008 (Urk. 9/107) einen normalen Befund ergeben habe, teilte die Militärversicherung dem Versicherten , der zwischenzeitlich vom 1. September bis 28. November 2008 im Pensum von 100 % als Chauffeur Kat. C gearbeitet hatte (Urk. 9/113.2-5), am 23. Februar 2009 mit, dass sie nach wie vor von einer vollen Arbeitsfähigkeit und Vermittelbarkeit ausgehe (Urk. 9/111).

Am 22. Juni 2009 ersuchte die seit 16. April 2009 behandelnde Psychiaterin die Militärversicherung – unter Hinweis darauf, dass der Fall verfrüht abgeschlossen worden und der Versicherte seit dem Unfall vom 4. Juli 2007 anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig sei – ihrer Leistungspflicht wieder nachzukommen (Urk. 9/117) . Daraufhin lehnte di e Militärversicherung ihre Haftung für die am 22. Juni und 25. August 2009 gemeldete psychische Störung mit Arbeitsunfäh igkeit seit 4. Juni 2009 mit

Vorbescheid vom 12. Oktober 2009 (Urk. 9/127) beziehungsweise mit Verfügung vom 21. Januar 2010 (Urk. 9/137) mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem fraglichen

Gesundheitschaden

und dem dienstlichen Unfall ab.

Nachdem sie ihn am 1. und 16. September 2010 von Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, SUVA Versicherungsmedizin, hatte untersuchen lassen (Urk. 9/144) und Einsicht in das von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, eingeholte polydisziplinäre Gutachten des A.____ vom 15. Juni 2011 (Urk. 9/155) genommen hatte, wies die Militärversicherung die vom Versicherten gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache (Urk. 9/139, Urk. 9/163) am 4. Oktober 2012 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Nach Art. 5 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Militärversicherung (MVG) erstreckt sich die Haftung der Militärversicherung auf jede Gesundheitsschädigung, die während des Dienstes in Erscheinung tritt und gemeldet oder sonstwie festgestellt wird. Die Militärversicherung haftet nicht, wenn sie den Beweis erbringt, dass die Gesundheitsschädigung sicher vordienstlich ist oder sicher nicht während des Dienstes verursacht werden konnte (Art. 5 Abs. 2 lit. a MVG), und wenn sie zusätzlich den Beweis erbringt, dass die Gesundheitsschädigung sicher während des Dienstes weder verschlimmert noch in ihrem Ablauf beschleunigt worden ist (Art. 5 Abs. 2 lit. b MVG). Wird der nach Absatz

E. 1.2

Die eine Haftung begründende Verschlimmerung kann auslösender Natur sein, indem sie eine latente Gesundheitsschädigung in eine klinisch manifeste Form überführt, oder sie kann eine klinisch manifeste Gesundheitsschädigung ungünstig beeinflussen. Im zweiten Fall kann die vorbestandene Gesundheitsschädigung stationär oder labil (allenfalls auch progredient) gewesen sein. Die Verschlimmerung selbst kann vorübergehend oder dauernd sein; sie kann auch richtunggebend sein. Ist die Verschlimmerung dauernd (oder richtunggebend), haftet die Militärversicherung auf unbestimmte Zeit, ist sie lediglich vorübergehend, kann die Haftung befristet werden. Voraussetzung für eine zeitliche Begrenzung der Haftung ist, dass die Verschlimmerung mit Sicherheit behoben ist (vgl. Jürg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung, Bern 2000, N 40 und N 41 zu Art. 5 MVG mit Hinweisen). Die Verschlimmerung gilt als behoben, wenn der "Status quo ante" (Gesundheitszustand, in welchem sich der Versicherte vor dem Dienst befunden hat) oder der "Status quo sine" (Gesundheitszustand, in welchem sich der Versicherte befinden würde, wenn er den Einwirkungen während des Dienstes nicht ausgesetzt gewesen wäre) erreicht ist (Maeschi, a.a.O., N 41 zu Art. 5 MVG mit Hinweisen).

E. 1.3

Die Haftung gemäss Art. 4 und 5 MVG einerseits sowie Art. 6 MVG andererseits unterscheidet sich darin, dass im ersten Fall der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Einwirkungen während des Dienstes und der Gesundheitsschädigung vermutet wird und nur durch den gegenteiligen Sicherheitsbeweis ausgeschlossen werden kann, während im zweiten Fall das Vorliegen adäquat kausaler Folgen von Einwirkungen während des

Dienstes erstellt sein muss (BGE 111 V 372 E. 1b, 105 V 229 E. 3a mit Hinweisen).

E. 1.4

Rückfälle und Spätfolgen versicherter Gesundheitsschäden stellen insofern einen Sonderfall dar, als sie kraft ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift der Beweisregel von Art. 6 MVG unterliegen. Die Haftung für Rückfälle und Spätfolgen greift Platz, wenn trotz Identität der Gesundheitsschädigung ein neuer Versicherungsfall anzunehmen ist. Ein neuer Versicherungsfall liegt vor, wenn die nachdienstlich gemeldete Gesundheitsschädigung nicht zum Symptomkreis der versicherten Gesundheitsschädigung gehört (das Krankheitsgeschehen me dizinisch somit keine Einheit bildet). Bei gleicher Gesundheitsschädigung wird praxisgemäss ein neuer Versicherungsfall angenommen, wenn ein längeres beschwerdefreies Intervall vorliegt, welches auf eine Abheilung der ursprünglichen Gesundheitsschädigung schliessen lässt, und keine Brückensymptome vorhanden sind, die auf ein kontinuierliches Fortbestehen des als versichert an erkannten Leidens schliessen lassen (zu den Anforderungen an Brückensymptome insbesondere bei Rückenleiden vgl. Debrunner / Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung, Bern 1990, S. 64 f.). Liegt kein neuer Versicherungsfall vor, gilt bei Identität der Gesundheitsschädigung weiterhin die bisherige Haftung nach Art. 5 oder Art. 6 MVG. Werden Spätfolgen oder Rückfälle geltend gemacht, ist daher vorab zu prüfen, ob ein neuer Versicherungsfall gegeben ist (Maeschi, a.a.O., N 43 zu Vorbemerkungen zu Art. 5 - 7 MVG, N 12 und N 23 zu Art. 6 MVG, S. 78, S. 94 und S. 97, je mit Hinweisen). Nach dem Wortlaut des Gesetzes besteht bei Rückfällen und Spätfolgen auch insofern eine Besonderheit, als sich die vorausgesetzte Kausalität auf den Zusammenhang mit der versicherten ursprünglichen Gesundheitsschädigung bezieht. Schon im Hinblick darauf, dass für Spätfolgen und Rückfälle auch nach dienstliche zivile Einwirkungen ursächlich sein können, kann die Identität der gemeldeten Spätfolge oder des Rückfalls mit der ursprünglichen Gesundheitsschädigung für sich allein jedoch nicht haftungsbegründend sein. Vielmehr bedarf es darüber hinaus eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs der Spätfolgen oder des Rückfalls mit Einwirkungen während des Dienstes (Maeschi, a.a.O., N 24 zu Art. 6 MVG, S. 97 f.).

E. 1.5

Die Leistungspflicht des Militärversicherers für einen während des Dienstes erlittenen Unfall setzt einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1040/2012 vom 15. März 2013 E. 2 mit Hinweisen). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung

ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 456 E. 5a, 123 V 98 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 415 E. 2a, 121 V 45 E. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr.

U 272 S. 172 E. 3a).

E. 1.6.1

Um zu entscheiden, ob zwischen dem Unfall und einer psychischen Störung ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, sind in der Militärversicherung dieselben Grundsätze anzuwenden, die von der Rechtsprechung im

Unfallversicherungsbereich entwickelt worden sind. Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Militärversicherers im Bereich klar aus gewiesener organischer Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Nach der für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall erarbeiteten sogenannten Psycho-Praxis werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während nach der bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel-Hirntraumen anwendbaren sogenannten Schleudertrauma-Praxis auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1040/2012 vom 15. März 2013 E. 2 mit Hinweisen).

E. 1.6.2

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

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende

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

E. 1.6.3

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

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

E. 1.6.4

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a).

E. 1.6.5

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

E. 1.6.6

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa).

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

S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV

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

E. 2).

E. 2

Buchstabe a geforderte Beweis erbracht, dagegen nicht derjenige nach Absatz 2 Buchstabe b, so haftet die Militärversicherung für die Verschlimmerung der Gesundheitsschädigung (Art. 5 Abs. 3 MVG). Wird die Gesundheitsschädigung erst nach Schluss des Dienstes durch einen Arzt, Zahnarzt oder Chiropraktor festgestellt und bei der Militärversicherung angemeldet, so haftet die Militärversicherung nur, wenn die Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit während des Dienstes verursacht worden ist. Die Militärversicherung haftet auch insoweit, als eine vordienstliche Gesundheitsschädigung wahrscheinlich durch Einwirkungen während des Dienstes verschlimmert worden ist oder wenn es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Spätfolgen oder Rückfälle einer versicherten Gesundheitsschädigung handelt (Art. 6 MVG).

E. 2.1

Die Militärversicherung begründete die Ablehnung der Haftung - unter Hinweis auf das Gutachten des A.____ vom 15. Juni 2011 (Urk. 9/155) - damit, dass die beim Sturz vom 4. Juli 2007 erlittenen Verletzungen bis 24. Oktober 2007 wie der komplikationslos abgeheilt seien. Für die depressive Episode und die narzisstische Persönlichkeitsstörung bestehe aufgrund des Fehlens eines rechts genügenden Kausalzusammenhangs zum Unfall keine Leistungspflicht (Urk. 2 S. 7 ff., Urk. 8 S. 2 ff., Urk. 18, Urk. 24). Nämliches gelte für eine allfällige Borreliose, welche mit dem Bericht der Ärzte der B.____ vom 18. November 2013 (Urk. 21) jedenfalls nicht nachgewiesen sei (Urk. 24)

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, auf das Gutachten des A.____ vom 15. Juni 2011 (Urk. 9/155) könne – aufgrund formeller wie auch materieller Mängel - nicht abgestellt werden. Da seine

psychischen Beschwerden , die medizinisch schwer fassbar seien und je nach Arzt unter die Diagnose einer Anpassungsstörung, einer posttraumatischen Belastungsstörung und/oder einer Somatisierungsstörung zu subsumieren seien, sowohl in einem natürlichen als auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zu m Unfall vom 4. Juli 2007 stünden, sei die Militärversicherung leistungspflichtig dafür (Urk. 1 S . 9 ff., Urk. 15 S. 2 ff.). Zu berücksichtigen sei auch, dass zwischenzeitlich eine chronische Borreliose festgestellt worden sei (Urk. 20).

E. 3.1

Die nach dem Unfall vom 4. Juli 2007 notfallmässig (ambulant) konsultierten Ärzte des C.____ , Orthopädische Klinik, stellten in ihrem Bericht vom nämlichen Datum folgende Diagnosen (Urk. 9/10 S. 1): - Nicht dislozierte Radiusköpfchenfraktur - Scaphoidfraktur links - Kontusion lumbal mit Abschürfung

Der Beschwerdeführer sei beim Aufbauen eines Gerüsts infolge einer Fehlbewegung aus zirka zwei bis drei Metern auf einen Betonbogen auf die linke Körperseite gestürzt, wobei er sich nach eigenen Angaben mit dem linken Arm ab gefangen habe. Es sei zu keinem Kopfanprall gekommen, und auch eine Bewusstlosigkeit und Erbrechen seien nicht aufgetreten. Der Beschwerdeführer, der keine Amnesie aufweise, habe bei der Untersuchung einen GCS von 15 aufgewiesen und sei zu allen Qualitäten orientiert gewesen.

E. 3.2

Dr. med . D.____ , Facharzt FMH für Chirurgie und Handchirurgie, gab am 21. September 2007 an, beide Frakturen seien nach konservativer Behandlung mit Gipsruhigstellung komplikationslos abgeheilt. Es bestünden noch eine Bewegungseinschränkung des Handgelenks und ein Streckdefizit des Ellbogens von 20°; nun erfolge eine Mobilisation. Die Behandlung könne voraus sichtlich in ein bis zwei Monaten – bei wieder uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit – abgeschlossen werden (Urk. 9/20).

E. 3.3

Med. pract . E.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Medizin,

hielt am 22. Oktober 2007 telefonisch fest, es sei noch ein weiterer Kontrolltermin vorgesehen. Es sei sinnvoll, wenn die Militärversicherung diesen Fall im Auge behalte. Das Verhalten des Beschwerdeführers sei auffallend. Dieser führe jetzt alles auf den Unfall, seit dem für ihn eine Welt zusammengebrochen zu sein scheine, zurück. Er – med. pract . E.____ – habe noch eine neurologische Abklärung veranlasst (Urk. 9/31).

E. 3.4

Dr. D.____ berichtete am 25. Oktober 2007, unter Gipsruhigstellung für acht Wochen sei es zu einem radiologischen Durchbau der beiden beim Unfall erlittenen Frakturen gekommen. Zur Mobilisation des Ellbogens sei in der Folge eine Physiotherapie durchgeführt worden; die Handgelenksbeweglichkeit habe sich ohne Therapie wieder normalisiert. Derzeit bestehe noch ein gewisser Kraftverlust in der linken Hand, der sich aber ohne Behandlung normalisieren sollte (Urk. 9/32.1 S. 1, Urk. 9/32.2 S. 1). Betreffend die offenbar noch

vorhandenen Lumbalgien, Konzentrationsmängel und Magenprobleme stehe der Beschwerdeführer nicht bei ihm in Behandlung (Urk. 9/32.1 S. 2, Urk. 9/32.2 S. 2). In Bezug auf die Hand und den Ellbogen sei daher am 24. Oktober 2007 der Behandlungsabschluss erfolgt und dem Beschwerdeführer ab dem 25. Oktober 2007 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt worden (Urk. 9/32.1 S. 1 f., Urk. 9/32.2 S. 2).

E. 3.5

Im Hinblick auf eine arbeitsorientierte Rehabilitation (vgl. Urk. 9/39 S. 1) liess sich der Beschwerdeführer vom 26. November bis 19. Dezember 2007 stationär von den Ärzten der Y.____ behandeln. Diese stellten im Austrittsbericht vom 8. Januar 2008 folgende Diagnosen (Urk. 9/54 S. 1): - Nicht dislozierte Radiusköpfchen- Meisselfraktur linker Ellbogen - Scaphoidfraktur links - Kontusion lumbal mit Hautschürfung - Anpassungsstörung; Verdacht auf beginnende undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

Es bestünden nachstehende aktuelle Probleme: - Schmerzen im linken Handgelenk - Belastungsabhängige Schmerzen im linken Ellbogen - Nicht abgeschlossene Lehre zum Multimediaelektroniker - Konzentrationsstörungen, schnelle Ermüdbarkeit, Sehstörung, Ohrschmerzen - Kopfschmerzen - Myofasziale Beschwerden im Schultergürtelbereich

Während die im linken Ellbogen und im

Bereich des linken Handgelenks angegebenen Beschwerden noch als während der Heilungsphase nach Radiusköpfchen-Meissel- und Scaphoidfraktur bestehende posttraumatische Beeinträchtigung erklärt werden könnten, seien die weiteren geklagten Symptome am ehesten im Rahmen einer Anpassungsstörung zu interpretieren (Urk. 9/54 S. 2). Eine psychische Störung mit Krankheitswert der Beschwerdeführer indes nicht auf. Bis zur ab 23. Januar 2008 geplanten stationären Therapie (Workhardening-Programm) auf der Abteilung Ergonomie sei noch von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 9/54 S. 1 f.). Aus unfallkausaler Sicht sei aufgrund der Untersuchungsbefunde mit dem Wiedererlangen einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu rechnen (Urk. 9/54 S. 3).

E. 3.7

Am 10. April 2008 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, untersucht. Dieser stellte in seinem Bericht vom 11. April 2008 nachstehende Diagnosen (Urk. 9/90 S. 1): - Chronischer Kopfschmerz - chronischer Spannungskopfschmerz - medikamentenindizierter Kopfschmerz bei Überkonsum von Migräne- Kranit - mögliche somatoforme Komponente im Rahmen einer möglichen posttraumatischen Anpassungsstörung - Status nach nicht

dislozierter Radiusköpfchenfraktur links und Scaphoidfraktur links sowie Kontusion lumbal anlässlich eines Sturzes am 4. Juli 2007 während des Militärdienstes - rein konservative Therapie

Die Befunde der klinischen Untersuchung seien unauffällig. Betreffend die geklagten Kopfschmerzen bestehe allenfalls eine somatoforme Komponente im Rahmen einer möglichen Anpassungsstörung nach dem Unfall. Dass der Beschwerdeführer sich beim fraglichen Ereignis ein Schädel-Hirn-Trauma zugezogen habe, sei aufgrund der echtzeitlichen Arztberichte und der Tatsache, dass er unmittelbar nach dem Sturz noch in der Lage gewesen sei, mit dem Lastwagen von G.____ nach H.____ zu fahren,

unwahrscheinlich. Die Konzentrations- und vegetativen Störungen seien wohl im Rahmen der Spannungskopfschmerzen zu interpretieren (Urk. 9/90 S. 3). 3.

E. 3.10

Die MRI-Untersuchung des Gehirns vom 5. Dezember 2008 ergab einen normalen Befund (Urk. 9/107).

E. 3.11

Die neuropsychologische Untersuchung vom 4. Juni 2009

zeigte insgesamt mit teilschwere Defizite in der Aufmerksamkeit sowie in mnestischen und exekutiven Teilfunktionen, ein langsames Arbeitstempo und einen reduzierten Antrieb; die Minderleistungen seien unspezifisch. Da ein Bewusstseinsverlust sowie schwere kognitive Beeinträchtigungen aufgrund der Anamnese unwahrscheinlich und die Befunde der bildgebenden Untersuchungen unauffällig seien, bestünden keine Anhaltspunkte für hirnganische Beeinträchtigungen. Die Defizite seien am ehesten mit der depressiven Stimmungslage zu erklären. Angesichts der sich aus der Anamnese, dem klinischen Bild und dem Fragebogen ergebenden reaktiven depressiven Symptome und der Hinweise auf eine mögliche posttraumatische Belastungsstörung sei eine umfassende psychiatrische Abklärung mit anschliessender Beratung und Therapie angezeigt (vgl. Bericht J.____, Neurologische Klinik, vom 8. Juni 2009, Urk. 9/123 S. 2).

E. 3.12

Am 22. Juni 2009 ersuchte Dr. med. K.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die Militärversicherung, ihren Verpflichtungen nach dem vorschnellen Fallabschluss wieder nachzukommen. Die multiplen und schwerwiegenden Beschwerden zeitigten nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und führten zu folgenden

Differentialdiagnosen: - Posttraumatische Belastungsstörung - Status nach Hirnverletzung (plötzliche Abbremsung nach 4-5 m Höhe) - Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) - Sonstige Wirbelsäulenverletzung

Die am 4. Juni 2009 erfolgte neuropsychologische Untersuchung des – seit 16. April 2009 bei ihr in Behandlung stehenden – Beschwerdeführers habe mit teilschwere Defizite in der Aufmerksamkeit sowie in mnestischen und exekutiven Teilfunktionen, ein langsames Arbeitstempo sowie einen reduzierten Antrieb ergeben. Der Fall sei medizinisch überhaupt nicht abgeschlossen. Der Beschwerdeführer habe nach dem Militärunfall im Jahr 2007, der ursächlich für sämtliche differentialdiagnostisch festgestellten Gesundheitsstörungen sei, die Arbeitsfähigkeit nicht wieder erlangt (Urk. 9/117 S. 1).

E. 3.13

Am 25. August 2009 stellte Dr. K.____ nachstehende Diagnosen (Urk. 9/124 S. 5): - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) seit Unfall vom 4. Juli 2007 - Status nach Radiusköpfchen- Meisselfraktur Ellbogen links und Scaphoidfraktur links - Status nach Kontusion lumbal

Differentialdiagnostisch für alle ausserdem ein Schleudertrauma der HWS in Betracht. Seit dem 4. Juni 2009 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sämtliche Gesundheitsstörungen wären ohne den Unfall vom 4. Juli 2009 nicht aufgetreten. Um weitere seelische Verletzungen zu vermeiden, sei es wichtig, dass die Militärversicherung

das Leiden des Beschwerdeführers anerkenne. Dies sei eine Voraussetzung dafür, dass die Belastungsstörung wieder abklinge und der Beschwerdeführer sich mit der Zeit neuen Perspektiven (insbesondere beruflicher Art) zuwenden könne.

E. 3.14

Gestützt auf die Akten gelangte med. pract. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungspsychiatrischer Dienst der SUVA, am 1. Oktober 2009 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung mit Angst und einer längeren depressiven Reaktion sowie mit Störung anderer Gefühle und des sozialen Verhaltens (ICD-10 F43.2) leide. Die zudem beschriebenen tranceähnlichen beziehungsweise dissoziativen Phänomene liessen sich derzeit nicht eindeutig klassifizieren. Die chronischen Spannungskopfschmerzen könnten als Stressreaktion verstanden werden. Phänomenologisch betrachtet lägen keine Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung vor. Differentialdiagnostisch habe vorübergehend eine nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (ICD-10 F45.9) bestanden (Urk. 9/126 S. 6). Ursächlich für die psychische Symptomatik sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Unfall vom 4. Juli 2007. Aufgrund der diagnostischen Unklarheiten lasse sich die Arbeitsfähigkeit derzeit nicht beurteilen (Urk. 9/126 S. 7).

E. 3.15

Die Ärzte der M.____, die den Beschwerdeführer vom 16. August bis 20. Oktober 2010 teilstationär behandelt hatten, stellten am 25. Oktober 2010 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/22 S. 2 f. im Prozess Nr. IV.2013.00402): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0); wahrscheinlich Entwicklung nach Unfall vom 4. Juli 2007 - Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1); Entwicklung nach Unfall vom 4. Juli 2007 - Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (ICD-10 F44.6); Entwicklung nach Unfall vom 4. Juli 2007 - Verdacht auf akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 F60.8); wahrscheinlich seit Jahren bestehend

Der Beschwerdeführer sei – aufgrund der narzisstischen Persönlichkeitsstörung und der durch den Unfall während der RS erfahrenen Kränkungen, in deren Anschluss er eine dissoziative Störung und ein depressives Zustandsbild entwickelt habe – längerfristig nicht arbeitsfähig (Urk. 8/22 S. 2 im Prozess Nr. IV.2013.00402).

E. 3.16

Dr. K.____ stellte am 1. November 2010 nachstehende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/23 S. 5 im Prozess Nr. IV.2013.00402): - Status nach Sturz aus zirka 4 m Höhe beim Beladen eines Militärlastwagens mit Radiusköpfchenfraktur linker Ellbogen, Scaphoidfraktur linkes Handgelenk, Kontusion mit Abschürfung lumbal am 4. Juli 2007 - Mittelschwere neuropsychologische Defizite (Untersuchung vom 4. Juni 2009) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) mit vielfältigen körperlichen, seelischen und geistigen Symptomen wie massiver Depression, Antriebsschwäche, Ängste

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten die seit dem Unfall bestehenden Potenzprobleme und der Umstand, dass der Beschwerdeführer sehr darunter leide, dass durch den Unfall all seine Lebensträume (Familie, kleines Haus, gute Arbeit, Auto etc.) zerstört worden seien (Urk. 8/23 S. 6 im Prozess Nr. IV.2013.00402). Die psychische Symptomatik sei durch den dienstlichen Unfall ausgelöst worden und dann – nach

wiederholten Traumatisierungen – mit einer Latenz aufgetreten (Urk. 8/23 S. 9 im Prozess Nr. IV.2013.00402). Seit dem Unfall vom 4. Juli 2007 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer, der vor dem Eintritt in den Militärdienst den mündlichen Teil der Lehrabschlussprüfung als Multimediaelektroniker nicht bestanden habe , nach erfolgreicher psychotherapeutischer und neuropsychologischer Behandlung wieder uneingeschränkt arbeitsfähig sein werde (Urk. 8/23 S. 8 im Prozess Nr. IV.2013.00402). 3. 17

Nachdem sie den Beschwerdeführer am 1. und 16. September 2010 untersucht hatte, stellte Dr. med. Z. ___ in ihrem Bericht vom 2. November 2010 folgende Diagnosen (Urk. 9/144 S. 10): - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) mit dissoziativen Anteilen (ICD-10 F44.6) - Episodisch-paroxysmale Angst (Panikattacken, ICD-10 F41.0) - Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25)

Die psychischen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 4. Juli 2007 und die damit verbundenen schweren Kränkungen zurückzuführen (Urk. 9/144 S. 13). 3. 18

Der seit 8. September 2010 behandelnde Hausarzt med. pract . E. ___ , Fach arzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte am 10 . November 2010 nachstehende, durch den am 4. Juli 2007 erlittenen dienstlichen Unfall bedingte Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/26 S. 6 im Prozess Nr. IV.2013.00402): - Radiusköpfchenfraktur links - Scaphoidfraktur links - Lumbale Kontusion - Posttraumatische Störung mit Kopfschmerzen frontal - Konzentrationsstörung mit Merkschwierigkeiten

Als Multimediaelektroniker sei der Beschwerdeführer – aufgrund von Angstzuständen sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen – zu 100 % arbeitsunfähig. Ob diese Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sei, müsse überprüft werden (Urk. 8/26 S. 7 im Prozess Nr. IV.2013.00402). 3. 19

Am 21. und 24. März 2011 wurde der Beschwerdeführer von den Ärzten des A. ___ polydisziplinär untersucht. In ihrem Gutachten vom 15. Juni 2011 stellten diese folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/155 S. 42): - Status nach nicht dislozierter Radiusköpfchenfraktur links vom 4. Juli 2007 - Status nach Scaphoidfraktur links am 4. Juli 2007 - Blockaden im Bereich der Lendenwirbelsäule - Leichte depressive Episode, ICD-10 F32.00 - Akzentuierung von narzisstischen Persönlichkeitszügen, ICD-10 Z73.1

Seit dem 20. Dezember 2007 sei der Beschwerdeführer wieder uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 9/155 S. 46 f.). 3. 20

Dr. med. N. ___ , Facharzt FMH für Chirurgie, Chiropraktik SAMM, Schmerztherapie SSIPM, gab am 30. Januar 2013 an, der Beschwerdeführer leide an einer Depression und sei daher arbeitsunfähig. Die diagnostizierte Störung trete in der Familie des Beschwerdeführers gehäuft auf (Urk. 8/57 S. 5 im Prozess Nr. IV.2013.00402). 3. 21

In ihrem Verlaufsbericht vom 20. Februar 2013 stellte die Psychiaterin Dr. K. ___ nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/58 S. 2 im Prozess Nr. IV.2013.00402): - Posttraumatische Belastungsstörung nach Militärunfall am 4. Juli 2007 mit neuropsychologischen Defiziten - Chronische Borderline-Symptome seit kurz nach dem Militärunfall

Weil sie in einen anderen Kanton gezogen sei, habe sie der Beschwerdeführer zwischen Mai 2010 und dem 13. Juli 2013 nicht mehr konsultiert.

Dieser habe sich, nachdem sich seine Symptome in der Zwischenzeit noch verschlechtert hätten, in einem beunruhigend schlechten Gesundheitszustand gezeigt. Da sie im Jahr 2012 ein intensives Selbststudium betreffend chronische Borreliose absolviert habe, habe sie mit dem Beschwerdeführer die Checkliste nach Dr. med. O.____ durchgearbeitet. Aufgrund der vorhandenen Symptome habe sich – trotz negativer Serologie – ein hoher Verdacht auf chronische Borreliose ergeben (Urk. 8/58 S. 1 f. im Prozess Nr. IV.2013.00402). Seit dem 23. Januar 2013 erfolge nun eine intensive antibiotische Behandlung. Ursächlich für die 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 4. Juli 2007 seien der Sturz während des Militärdienstes und die durch einen – allenfalls ebenfalls während des Militärdienstes erlittenen – Zeckenbiss erfolgte Ansteckung mit chronischer Borreliose. Sie habe im Übrigen bei verschiedenen Borreliosepatienten festgestellt, dass sich eine vorbestehende Borreliose im Anschluss an eine Belastung, in Form etwa einer sonstigen Krankheit oder vor allem eines Unfalls, häufig massiv verschlimmere (Urk. 8/58 S. 2 im Prozess Nr. IV.2013.00402). 3. 22

Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte am 22. Februar 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/59 S. 1 im Prozess Nr. IV.2013.00402): - Posttraumatisches POS/ADHS (Militärunfall), bestehend seit 2007 - Differentialdiagnose: Borreliose, Zeitpunkt der Infektion unklar, bestehend seit 2007

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten nachstehende, seit dem im Jahr 2007 erlittenen Unfall bestehende Diagnosen: - Gelegentliche Armschmerzen links nach Handgelenk- und Ellbogenfrakturen - Rückenschmerzen

Als Multimediaelektroniker und als Lastwagenfahrer sei der Beschwerdeführer seit dem Unfall im Jahr 2007 zu 0 % [richtig wohl 100 %] arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Seine Leistungsfähigkeit sei insofern eingeschränkt, als er einen absolut unstrukturierten Alltag, teilweise mit Umkehr von Tag und Nacht, aufweise und sich kaum um seine Familie kümmere (Urk. 8/59 S. 2 im Prozess Nr. IV.2013.00402). Betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit seien entsprechende Abklärungen seitens der IV-Stelle indiziert. Eine Verbesserung des Leistungsvermögens lasse sich allenfalls durch eine Behandlung mit Ritalin und mit Antibiotika erzielen (Urk. 8/59 S. 3 im Prozess Nr. IV.2013.00402). 3. 23

In seiner auf den Akten beruhenden Stellungnahme vom 14. März 2013 (Urk. 8/61 S. 3 im Prozess Nr. IV.2013.00402) gelangte der RAD-Arzt Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Hämatologie, - unter Hinweis auf die negative Labortestung und darauf, dass die (im Wesentlichen unspezifische Symptome enthaltende) „Checkliste nach Dr. O.____“ gemäss dem Verfasser selbst gerade nicht als Diagnoseinstrument zu verstehen sei – zum Schluss, dass eine Borreliose beziehungsweise ein daraus resultierender Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen sei. 3. 24

Gestützt auf die Ergebnisse der erneuten neuropsychologischen Untersuchung vom 11. April 2013 (Urk. 3 im Prozess Nr. IV.2013.00402) stellten die Ärzte des J.____, Klinik für Neurologie, in ihrem gleichentags verfassten Bericht folgende Diagnosen: - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung - Differentialdiagnosen: ADHS, reaktive Depression, (chronische Borreliose)

Subjektiv hätten sich die Beschwerden seit der letzten Testung am 4. Juni 2009 nicht verbessert. Der Beschwerdeführer klagt weiterhin über verminderten Antrieb, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Frustration, Trauer über seine Situation und Aggression. Die aktuelle Testung habe ein im Wesentlichen unverändertes neuropsychologisches Leistungsprofil mit un spezifischen leicht- bis mässiggradigen kognitiven Einschränkungen ergeben. Bei Hinweisen auf eine depressive Stimmungslage sei nach wie vor am ehesten von einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer reaktiven Depression auszugehen. Eine chronische Borreliose als Ursache der Symptomatik sei – bei negativer IgG - und IgM - Borrelien -Serologie – nicht anzunehmen. 3. 25

Die Ärzte der B.____, Schul- und Komplementärmedizin, stellten am 18. November 2013 folgende Diagnosen (Urk. 21): - Chronische Borreliose in aktiviertem Zustand - Beckenschiefstand, Skoliose und Fehlhaltung im Bewegungsapparat nach Unfall - Posttraumatische Belastungsstörung mit neuropsychologischen Defiziten - ADHS-Syndrom

Die Arbeitsfähigkeit des erst seit kurzem in der Klinik in Behandlung stehenden Beschwerdeführers lasse sich zwar nur teilweise beurteilen. Fest stehe allerdings, dass das von diesem vorgelegte orthopädische Gutachten nicht korrekt sei. Eine nicht behandelte chronische Borreliose sei mit einer deutlichen Leistungsver minderung verbunden. 4. 4.1

Nach Lage der Akten steht fest und ist unbestritten (Urk. 1, Urk. 15, Urk. 20), dass die beim Sturz vom 4. Juli 2007 erlittenen Frakturen am linken Ellbogen und der linken Hand sowie die lumbale Kontusion schon bald wieder abheilten und keine Leistungseinbusse mehr zeitigten (Urk. 9/78 S. 2, Urk. 9/98 S. 2, Urk. 9/155 S. 42). Aufgrund der Ergebnisse der fundierten entsprechenden Untersuchungen ist sodann davon auszugehen, dass der weiterhin geklagten Symptomatik kein organisch objektivierbarer Gesundheitsschaden, insbesondere keine Verletzung des Gehirns (Urk. 9/107), zu Grunde liegt (vgl. auch Urk. 9/155 S. 24 f.). Dass eine Distorsion der HWS, wie sie die Psychiaterin Dr. K.____ am 22. Juni 2009 diagnostizierte (Urk. 9/117 S. 1), (teil-)ursächlich sei für die Beschwerden, ist angesichts der Tatsache, dass kein anderer Arzt eine derartige – nicht in den Fachbereich der genannten Ärztin fallende - Störung auch nur differentialdiagnostisch festgestellt und sich der Beschwerdeführer am 4. Juli 2007 aktenkundig im Lenden- und nicht im Halswirbelsäulenbereich verletzt hatte, auszuschliessen. Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer eine psychische Störung und/oder eine chronische Borreliose aufweist, deretwegen er Anspruch auf weitere Leistungen der Militärversicherung hat. 4.2

Aufgrund der zitierten medizinischen Berichte sind die seit dem Unfall vom 4. Juli 2007 anhaltenden multiplen Beschwerden vor dem Hintergrund einer psychischen Störung zu sehen. Dass der Beschwerdeführer, dem kein Zeckenstich erinnerlich ist, seit Sommer 2007 an einer chronischen Borreliose leidet, ist nicht anzunehmen. So beruht die von der Psychiaterin Dr. K.____ am 20. Februar 2013 gestellte

entsprechende Diagnose einzig auf der Checkliste nach Dr. med. O.____ (Urk. 8/58 S. 2 im Prozess Nr. IV.2013.00402). Damit, dass der Beschwerdeführer, nachdem die Militärversicherung ihre am 21. Januar 2010 (Urk. 9/137) verfügte Leistungsverweigerung mit Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2012 bestätigt (Urk. 2) und ihm die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 22. Oktober 2012 (Urk. 8/46 im Prozess Nr. IV.2013.00402) die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht gestellt hatte, auf Befragung (fast) sämtliche in der Liste angeführten (unspezifischen) Symptome bejahte (Urk. 8/58 S. 4 f. im Prozess Nr.

IV.2013.00402), ist eine – zuvor während knapp sechs Jahren von keinem der behandelnden und untersuchenden Ärzte auch nur differentialdiagnostisch in Betracht gezogene - Borreliose jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Dass Dr. K.____ trotz des negativen Befundes der Laboruntersuchung (Urk. 8/58 S. 2 im Prozess Nr. IV.2013.00402 ; vgl. hierzu auch Urk. 8/61 S. 3 und Urk. 3 im Prozess Nr. IV.2013.00402) und trotz der Tatsache, dass die Checkliste nach Dr. med. O.____ explizit kein Diagnoseinstrument darstellt, sondern lediglich für öffentliche Erhebungen bestimmt ist (vgl. hierzu

[http://www.lymenet.de/BurrD.htm#DIAGNOSTIC CRITERIA](http://www.lymenet.de/BurrD.htm#DIAGNOSTIC_CRITERIA) und Urk. 8/61 S. 3 im Prozess Nr. IV.2013.00402), an der fraglichen Diagnose festhielt, vermag nicht einzuleuchten (vgl. hierzu auch Bericht des J.____, Klinik für Neurologie, vom 11. April 2013 [Urk. 3 im Prozess Nr. IV.2013.00402] und Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. Q.____ vom 14. März 2013 [Urk. 8/61 S. 3 im Prozess Nr. IV.2013.00402]). Offenbar brachte denn die am 23. Januar 2013 begonnene intensive antibiotische Behandlung des fraglichen Leidens (vgl. Urk. 8/58 S. 2 im Prozess Nr. IV.2013.00402) auch keine wesentliche Besserung (vgl. Urk. 21). Auf den Bericht der B.____ vom 18. November 2013 (Urk. 21) kann insofern nicht abgestellt werden, als die Ärzte, die sich aufgrund der erst kurzen Behandlungsdauer zu einer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung außerstande sahen, die von ihnen (unter anderem) gestellte Diagnose einer chronischen Borreliose in aktivem Zustand nicht begründeten.

Anzumerken ist, dass eine chronische Borreliose als Grund für die anhaltende Symptomatik ohnehin keinen (weiteren) Leistungsanspruch gegenüber der Militärversicherung zu begründen vermöchte, da aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers und der medizinischen Akten jedenfalls von keiner überwiegend wahrscheinlichen dienstlichen Ursache beziehungsweise Verschlimmerung der fraglichen Gesundheitsstörung auszugehen wäre (Urk. 8/58 S. 2 und Urk. 8/59 S. 1 im Prozess Nr. IV.2013.00402). 4. 3 4.3.1

Hinsichtlich der Natur der psychischen Störung und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen ging die Militärversicherung gestützt auf das Gutachten des A.____ vom 15. Juni 2011 (Urk. 9/155) davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer leichten depressiven Episode sowie einer Akzentuierung von narzisstischen Persönlichkeitszügen leidet und dadurch nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (Urk. 2, Urk. 8). Dass die fragliche Expertise von der IV-Stelle und nicht von der Militärversicherung eingeholt wurde (Urk. 1 S. 11), ist insofern ohne Belang, als sämtliche vorhandenen Gesundheitsstörungen miteinbezogen wurden. Die Expertise des A.____ enthält eine umfassende Stellungnahme zu den vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/155 S. 42 ff.), beruht auf einer fundierten orthopädisch-chirurgischen (Urk. 9/155 S. 22 ff.), neuropsychologischen (Urk. 9/155 S. 26 ff.) und psychiatrischen (Urk. 9/155 S. 33) Untersuchung, erging in Kenntnis der Vorakten (Urk. 9/155 S. 2 ff.) und berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 9/155 S. 44 f.; zum Beweiswert eines medizinischen Gutachtens vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Dabei gingen auch die Experten des A.____ davon aus, dass aus organischer Sicht kein sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkender Gesundheitsschaden bestehe (Urk. 9/155 S. 42 ff.). Der begutachtende Psychiater des A.____ gelangte – aufgrund der im Rahmen seiner eingehenden

(auch testpsychologischen) Untersuchung erhobenen Befunde (Urk. 8/35 S. 37) und unter Berücksichtigung nicht nur der vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden (Urk. 9/155 S. 33 ff.), sondern auch der telefonischen Angaben des damals behandelnden Psychiaters Dr. med. R. ___ vom 25. März 2011 (Urk. 9/155 S. 40) – zum einleuchtenden Schluss, dass die psychische Symptomatik unter die Diagnosen einer leichten depressiven Episode und einer Akzentuierung von narzisstischen Persönlichkeitszügen zu subsumieren sei und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 9/155 S. 41 ff.). Entgegen den entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 11) legte er überzeugend dar, dass die von den Ärzten zuvor diagnostizierten beziehungsweise vermuteten anderen psychischen Störungen nicht (mehr) vorlägen. Namentlich führte er dabei nachvollziehbar aus, dass eine posttraumatische Belastungsstörung, wie sie Dr. K. ___ fest gestellt hatte, mangels entsprechender Anhaltspunkte sowohl in den medizinischen Akten (einschliesslich der Berichte von Dr. K. ___ selbst) als auch im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung auszuschliessen sei (Urk. 9 / 155 S. 41). Die ebenfalls von Dr. K. ___ gestellte Diagnose einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung lasse sich - auch aufgrund der Ausführung der genannten Psychiaterin selbst - in keiner Weise nachvollziehen. Auch eine - von verschiedenen Ärzten festgestellte beziehungsweise vermutete - Somatisierungsstörung verneinte er mit der nachvollziehbaren Begründung, dass sich die Schmerzschilderungen und das Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung mit einer derartigen Störung nicht vereinbaren liessen. Das Vorliegen der von Dr. Z. ___ am 2. November 2010, mithin über drei Jahre nach dem Unfall vom 4. Juli 2007, diagnostizierten Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten negierte er schliesslich - angesichts der entsprechenden Diagnosekriterien nach ICD-10 zutreffend - deshalb, weil eine derartige Störung definitionsgemäss nach dem auslösenden Ereignis nicht länger als zwei Jahren diagnostiziert werden könne (Urk.

E. 6

Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 23. Januar bis 27. Februar 2008 erneut stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte der Y. ___ im Austrittsbericht vom 5. März 2008 nachstehende Diagnosen (Urk. 9/78 S. 1): - Nicht dislozierte Radiusköpfchen-Meisselfraktur linker Ellbogen - Scaphoidfraktur links - Kontusion lumbal mit Hautschürfung - Anpassungsstörung mit Angst und leichter depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22) auf der Schwelle zur Entwicklung einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1); diagnostiziert am 27. Dezember 2007

Derzeit bestünden folgende Probleme: - Persistierende, multiple Schmerzen bei undifferenzierter Somatisierungsstörung, so unter anderem Schmerzen im linken Handgelenk, belastungsabhängige Schmerzen im linken Ellbogen, Kopfschmerzen und myofasziale Beschwerden im Schultergürtelbereich - Konzentrationsstörungen, schnelle Ermüdbarkeit, Sehstörungen, Ohrensausen - Weiterhin unklare berufliche Zukunft bei nicht abgeschlossener Lehre zum Multimediaelektroniker

Infolge Selbstlimitierung und ungenügender Kooperation im Ergonomie - trainingsprogramm hätten die zu erwartenden Verbesserungen betreffend Funktion und Belastbarkeit nicht ganz erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden und den gestellten Diagnosen aus somatischer Sicht nur in sehr unzureichendem Mass erklären (Urk. 9/78 S. 2 f.). Es liege keine psychische Störung mit Krankheitswert vor. Auch aus physischer Sicht sei dem Beschwerdeführer, der sich für

gänzlich arbeitsunfähig halte, jede (auch schwere) Tätigkeit zu 100 % zumutbar (Urk. 9/78 S. 2).

E. 8

Die Ärzte der I.____, Obere Extremitäten, hielten am 23. September 2008 fest, die bisherige Behandlung der Schulter-/Ellbogenverletzung sei regelrecht erfolgt und habe zu einer Ausheilung der Frakturen im Bereich des Radiusköpfchens und des Scaphoides geführt. Weitere Therapien diesbezüglich seien aus orthopädischer Sicht nicht indiziert. Betreffend die noch geklagten thorakalen Schmerzen sei eine Untersuchung durch einen Arzt der Abteilung Wirbelsäule veranlasst worden (Urk. 9/98 S. 2). 3.

E. 9

), was denn auch der Beschwerdeführer anerkannte (Urk. 1 S. 10) . Damit müssen zur Bejahung der Adäquanz mindestens drei der massgebenden Kriterien oder eines in besonders ausgeprägter Weise vorliegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_318/2013 vom 18. September 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer stürzte am 4. Juli 2007 beim Beladen eines Lastwagens nach einer Fehlbewegung auf einen Betonbogen, wobei er sich mit dem linken Arm abfangen konnte und auf die linke Seite fiel, ohne mit dem Kopf anzuprallen (Urk. 9/10); nach dem Unfall war er noch in der Lage, mit dem Lastwagen von G.____ nach H.____ zu fahren (Urk. 9/90 S. 3 , Urk. 9/124 S. 5 f.) . Da die geschilderten Begleitumstände nicht wesentlich von den bei Stürzen üblichen Gegebenheiten abweichen, wurde das – objektiv zu beurteilende – Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände beziehungsweise der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu Recht verneint. Sodann zog sich der Beschwerdeführer mit der dislozierten Radiusköpfchenfraktur, der Scaphoidfraktur und der lumbalen Kontusion keine schweren oder besonders gearteten Verletzungen zu, die sich erfahrungsgemäss eignen, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Auch das Kriterium des Grades und der Dauer der – entgegen seinen Ausführungen (Urk. 1 S. 10) ausschliesslich zu berücksichtigenden – physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist nicht erfüllt . So konnte die Behandlung der körperlichen Unfallfolgen bereits am 25. Oktober 2007, mithin knapp vier Monate nach dem Sturz, abgeschlossen werden (Urk. 9/32.1 S. 1, Urk. 9/32.2 S. 1) ; ab diesem Zeitpunkt, spätestens aber ab 20. Dezember 2007 (Urk. 9/155 S. 46 f.) bestand auch wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, und für einen schwierigen Heilungsverlauf beziehungsweise erhebliche Komplikationen, gibt es in den Akten keine. Angesichts des Umstands, dass die vom Beschwerdeführer seit dem Unfall geklagten somatischen Beeinträchtigungen schon nach kurzem psychischer Genese waren und die über den 25. Oktober 2007 hinaus erfolgten therapeutischen Massnahmen ihre Grundlage nicht mehr in organisch objektivierbaren Gesundheitsschäden hatten , sind das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und dasjenige der körperlichen Dauerschmerzen ebenfalls nicht erfüllt. 4.5

Nach dem Gesagten hat die am 22. Juni beziehungsweise 25. August 2009 gemeldet (Urk. 9/117, Urk. 9/124)

Symptomatik ihre Ursache weder in durch den Sturz vom 4. Juli 2007 bedingten organisch objektivierbaren Gesundheitsschäden

noch in einer (unfallkausalen) Borreliose, sondern ist vor dem Hintergrund einer – in keinem adäquat kausalen Zusammenhang zum dienstlichen Unfall stehenden, sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden – psychischen Beeinträchtigung zu sehen. Da demnach weder unter dem Titel Rückfall noch im Rahmen von Spätfolgen eine erneute Leistungspflicht der Militärversicherung besteht, ist die Beschwerde abzuweisen. 5.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers machte am 28. Oktober 2014 einen Aufwand von 9,6 Stunden und Barauslagen im Betrag von Fr. 80.-- geltend (vgl. Telefonnotiz vom 28. Oktober 2014, Urk.).

26). Der verrechnete Zeitaufwand erscheint angemessen. Unter Berücksichtigung eines praxismässigen Stundenansatzes von Fr. 200.-- sowie der Barauslagen von Fr. 80.-- (je zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit einem Betrag von Fr. 2'160.-- aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Ursula Reger-Wytenbach, Zürich,

wird mit Fr. 2'160.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Reger-Wytenbach - Suva, Abteilung Militärversicherung, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 8/58, Urk. 8/59, Urk. 8/61 und Urk. 3 im Prozess Nr. IV.2013.00402 - Bundesamt für Gesundheit, Aufsicht Militärversicherung sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

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

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