

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00054 vom 8. Oktober 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-10-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00054](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00054)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00054 du 8 octobre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00054 del 8 ottobre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

/A234 ) gut und hob ihn mit der Feststellung auf, dass die AXA grund sätzlich weiterhin leistungspflichtig sei (S. 14 Ziff. 1).

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt ver wirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebro chen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Über gangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 27. Februar 2006 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwi schen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhanden sein 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 Kausal zusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Ver waltung

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).

### **E. 1.3**

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

### **E. 1.4**

Schreckbedingte plötzliche Einflüsse auf die Psyche sind seit jeher als Einwirkung auf den menschlichen Körper (im Sinne des geltenden Unfallbegriffes) anerkannt, wobei die Annahme eines Unfalles voraussetzt, dass es sich um ein aussergewöhnliches Schreckereignis, verbunden mit einem entsprechenden psychischen Schock, handelt; die seelische Einwirkung muss durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart des Versicherten sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer überraschenden Heftigkeit geeignet sein, auch bei einem gesunden Menschen durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen (wie Lähmungen, Herzschlag etc.) hervorzurufen (BGE 129 V 177 E. 2.1).

Ob resultierende psychische Beeinträchtigungen mit dem Ereignis in adäquatem Kausalzusammenhang stehen, ist in Anwendung der allgemeinen Adäquanzformel (vorstehend E. 1.3) zu prüfen. 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, unter anderem gestützt auf das eingeholte Gutachten sei die Einstellung der temporären Leistungen (Taggeld) per 30. November 2012 (über 6 ½ Jahre nach dem Überfall) nicht zu beanstanden (S. 7 Ziff. 3.11), ebenso das Verneinen einer Leistungspflicht für einen ursprünglich als unfallkausal angesehenen Hörverlust (S.

### **E. 3**

). Mit Verfügung vom 22. Juni 2018 (Urk. 11/A337) verneinte sie eine Adäquanz der psychischen Beschwerden und hielt diesbezüglich an der Leistungseinstellung - insbesondere betreffend Taggeld - per 30. November 2012 fest, verneinte die Unfallkausalität eines Hörverlusts und einer Facettengelenksarthrose, und stellte die weiteren Leistungen per 30. Juni 2018 ein (S.

### **E. 3.1**

Am 30. August 2017 erstatteten die Ärzte und weitere Fachpersonen der Rehaklinik Z.\_\_\_\_\_ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/M53). Sie stützten sich nach Untersuchungen in den betreffenden Fachgebieten auf die Teilgutachten beziehungsweise Untersuchungsberichte vom 9. August 2018 (Audiologie, Urk. 12/M53/6), 14. August 2018 (Neuropsychologie, Urk. 12/M53/3), 14. August 2018 (Physiotherapie und Ergotherapie, Urk. 12/M53/5), 18. August 2018 (Neurologie, Urk. 12/M53/2), 22. August

2018 (Orthopädie, Urk. 12/M53/4) und 25. August 2018 (Psychiatrie, Urk. 12/M53/1).

### **E. 3.2**

In der interdisziplinären Zusammenfassung (S. 1 ff.) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 2 Mitte): Orthopädie - chronisches, rechtsbetontes Zervikovertebralsyndrom bei Osteochondrosen, Spondylosen und Unkarthrosen C7/6 - Facettengelenksarthrosen C7/Th1 Neurologie - diagnostisch nicht einzuordnendes, subjektives Schwindel-Leiden - reine Schallempfindungs-Schwerhörigkeit über sämtliche Frequenzen, links mehr als rechts ausgeprägt Psychiatrie - Residualsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), welche als subsyndromale Störung die Kriterien für das Vollbild einer PTBS nach ICD-10 nicht erfüllt, weshalb sie auch nicht kodiert wird.

Ferner wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 2 f.): Orthopädie - mediolaterale Diskushernie Th12/L1 rechts - flache mediane Diskushernie L4/5 - komplexe Läsion / Riss des an das MCL (medial collateral

ligament = Ligamentum collaterale

tibiale)

dezentrierten medialen Meniskus im Hinterhorn bis

Pars intermedia Knie rechts - Chondromalazia

patellae Grad III medial Knie rechts Neurologie - leichte traumatische Hirnverletzung (LTHV = mild traumatic

brain

injury, MTBI; höchstens zweitleichteste Kategorie 1) im

Rahmen der Tötlichkeit am 27. Februar 2006 - Prellung der oberen Halsregion (Nacken) und/oder des Rachens im Rahmen der Tötlichkeit des Jahres 2006 - akuter posttraumatischer Kopfschmerz; Übergang in chronischen, posttraumatischen Kopfschmerz, aktuell nicht einzuordnendes, oligo-symptomatisches Kopfweh-Leiden - Tinnitus aureum - Verdacht auf REM-Schlafstörung

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 12/M53/1) wurde näher ausgeführt, aus welchen Gründen lediglich eine Residualsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung, nicht aber deren Vollbild, festzustellen sei (S. 52 f., S. 55 f.), und aus welchen Gründen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Vorliegen einer depressiven Störung angenommen werden könne (S. 53 f. lit. c).

### **E. 3.3**

In der neurologischen Beurteilung der für die aktuelle Begutachtung angeforderten, zum Februar 2006 zeitnahen und späteren, Berichte und Befunde sei beim Versicherten im Rahmen der Tötlichkeit vom Februar 2006 eine Traumatisierung des Kopfes und Nackens mit höchstens dem Schweregrad einer Schädelprellung und eine Prellung im Bereich des Halses einzuschätzen. Eine Verletzung neurologischer Strukturen des Kopfes und der Halsregion als Folge der Tötlichkeit des

Jahres 2006 sei nicht feststellbar gewesen. Gemäss dem neurologischen Gutachten liege weder ein überwiegend

wahrscheinlicher natürlicher Kausal-Zusammenhang noch eine wesentliche Teil-Verursachung

der

mit einer Latenz von mehr als einem Jahr zum Februar 2006 diagnostizierten

Hörstörungen mit der Tätlichkeit vom Februar 2006 vor.

Während über mehr als drei Monate nach diesem Trauma Kopfweg-Klagen dokumentiert seien, seien Kopfschmerzen bis aktuell nicht kontinuierlich und behandlungsbedürftig

dokumentiert. Da auch entsprechend den Angaben des Versicherten in der

neurologischen Anamnese keine eindeutige Kopfschmerz-Diagnose gestellt werden könne, sei gutachterlich kein relevantes, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes

Kopfweg-Leiden wahrscheinlich. Eine Einordnung der Schwindel-Klagen des Versicherten sei weder in ein im ORL-/HNO-Bereich noch in ein in der Neurologie bekanntes

Schwindel-Leiden möglich gewesen. Es könne somit gutachterlich lediglich das Symptom « Schwindel und Taumel » als wahrscheinlich vorliegend festgestellt werden; daraus resultiere eine Nichteignung für absturzgefährliche Arbeitstätigkeiten.

Im Rahmen der gutachterlich veranlassten HNO-/ORL-ärztlichen Konsiliaruntersuchung sei das wahrscheinliche Vorliegen eines Tinnitus aureus bestätigt worden, daraus sei keine

Beeinträchtigung einer Arbeitsfähigkeit ableitbar. In Bezug auf die vom Versicherten

berichteten Schlafstörungen sei aus neurologischer Perspektive lediglich die

Verdachts-Diagnose einer sogenannten REM-Schlafstörung abzuleiten. In Bezug auf die kognitive

Leistungsfähigkeit seien in der aktuellen Untersuchung durch den Neuropsychologen

keine hochgradig pathologischen Befunde erhebbar gewesen. Diesbezüglich sei ebenfalls kein

Hinweis auf eine Beeinträchtigung einer Arbeitsfähigkeit feststellbar. Die von neuropsychologischer

Seite nachgewiesene, deutliche Übertreibungstendenz des Versicherten

in Bezug auf Beschwerden und Symptome erschwere die diagnostische Einordnung

der berichteten Schwindelsymptome und des Kopfwegs (S. 3).

Gemäss orthopädisch-traumatologischer Beurteilung klage der Versicherte seit dem Unfall über schmerzhaft beweglichkeitseinschränkungen an der Halswirbelsäule. Diese

Beschwerden könnten in Einklang gebracht werden mit den klinischen und radiologischen Befunden. Sie seien zurückzuführen auf bereits vor dem Unfallereignis bestehende

degenerative Veränderungen, die sich im Verlauf altersentsprechend verschlimmert hätten.

Durch den Unfall sei es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung gekommen,

welche spätestens nach sechs Monaten als ausgeheilt gelten müsse. Eine Unfallkausalität

bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht. Unfallbedingte Einschränkungen

lägen nicht vor. Selbst mit diesen, nicht unfallbedingten Beschwerden wäre der Versicherte in der Lage, seinen derzeit ausgeübten Beruf in einer Immobilienfirma zu 100 % zu bewältigen. Ebenso wären angepasste Tätigkeiten (bis mittelschwere Tätigkeiten, ohne längerdauerndes Arbeiten über Kopfhöhe oder Heben von Lasten mehr als 12.5 kg über Kopfhöhe, wiederholte Drehbewegungen mit dem Kopf, sowie Tätigkeiten die ein gutes Gleichgewicht erfordern) zu 100 % möglich. Ein unfallbedingter Integritätsschaden liegt gemäss orthopädisch-traumatologischer Beurteilung nicht vor (S. 4 oben) .

Gemäss psychiatrischer Beurteilung fänden sich im Längsschnitt in erster Linie inkonsistente Angaben zum Tatablauf, welche nur teilweise psychiatrisch erklärt werden könnten. Sonst zeige sich ein sehr heterogenes Bild in Bezug auf die systematische Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität im Längs- wie im Querschnitt. Besonders auffällig seien massive Übertreibungen im Rahmen der psychologischen Beschwerdevalidierung (MMPI-2-Test) bezüglich kognitiver, psychopathologischer und somatischer Beschwerden im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung, ferner Übertreibungen in Bezug auf die Einschränkungen des sozialen Funktionsniveaus. Insgesamt könne das Vorliegen einer Residualsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, mit Übererregbarkeit /Schreckhaftigkeit, Wiedererinnern im Rahmen von Alpträumen und bei Triggern auch tagsüber, verbunden mit vegetativen Reaktionen. Vermeidungsverhalten und Übererregbarkeit seien nur gering ausgeprägt, ohne einschränkenden Charakter im Alltag, sodass die Diagnose des Vollbilds einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gestellt werden könne (S. 4 Mitte).

Es fänden sich im Längsschnitt wie im Querschnitt im Rahmen der aktuellen stationären Begutachtung für das Vorliegen weiterer psychischer Störungen, wie depressive Störung, somatoforme Störung, Vorzustände wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen etc. keine Hinweise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit. Bezüglich Kausalität lasse sich ein synergistisches Zusammenspiel zwischen der (gemäss neurologischem Gutachten nicht unfallkausalen) Schwerhörigkeit und der Exazerbation posttraumatischer Beschwerden erkennen, welches die psychische Dekompensation 2010/2011 erkläre, unter der Voraussetzung, dass die Angaben des Versicherten 2011 und aktuell korrekt seien. Die anfänglichen unspezifischen somatischen Beschwerden und der damit auch verbundene prothetische Verlauf könnten am ehesten mit zusätzlichen Belastungen (Trennung, Scheidung, Todesfall, Verlust des angestammten Arbeitsplatzes) erklärt werden, für welche der Versicherte durch die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung besonders vulnerabel gewesen sei (S. 3 unten). Das Krankheitsbild habe sich - mit Ausnahme im Umfeld der aktuellen Begutachtung - stabilisiert und führe lediglich zu geringen Einschränkungen der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit, welche durch geeignete psychopharmakotherapeutische Massnahmen weiterhin auch stabil gehalten werden könnten, sodass aus der Symptomatik aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs nur eine geringe Einschränkung resultiere (S. 4 f.).

Zusammenfassend habe im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbegutachtung lediglich eine - als unfallkausal zu beurteilende - Residualsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden können. Diese führe lediglich aufgrund einer leichten Mindering der Widerstands- und

Durchhaltefähigkeit zu einer geringen Minderung der Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit.

#### **E. 3.4**

Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Techniker im Diagnostiklabor betrage - psychisch bedingt - 10 % (S. 5 Ziff. 2.1). Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten, zumutbaren Tätigkeit betrage - psychisch bedingt - 5 % (S. 5 Ziff. 2.2). Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 12/M53/1) wurde ausgeführt, die aktuelle Tätigkeit mit einer Präsenz von einem halben Tag pro Woche im Kantonsrat zuzüglich Kommissionsitzungen und der Tätigkeit in der Immobilienverwaltung sei aus näher dargelegten Gründen in idealer Weise eine geeignete Tätigkeit. Weshalb der Explorand diese Tätigkeit bei einem Pensum von 50 % und freien Einteilungsmöglichkeiten als anstrengend und teilweise überfordernd schildere, sei aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. Plausibel sei eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit um zirka 5 % bei leicht erhöhtem Pausenbedarf (S. 66 Mitte).

Der gesamthafte Integritätsschaden betrage 5 % aus psychiatrischen Gründen. In den weiteren untersuchten medizinischen Disziplinen seien keine relevanten, dauerhaften und wahrscheinlich unfallkausalen Gesundheitsschäden objektivierbar (S. 5 Ziff. 3.1).

Die unfallbedingten somatischen Diagnosen und Befunde begründeten keine Arbeitsunfähigkeit. Die in den somatischen Fachgebieten und aufgrund der neuropsychologischen Befunde erfolgten diagnostischen Einordnungen zum Kopftrauma, zum Trauma der Halswirbelsäule (HWS) und zum Kopfweh im Zusammenhang mit den Tätlichkeiten vom Februar 2006 begründeten bereits ab ungefähr Ende des Jahres 2006 keine relevante Arbeitsunfähigkeit mehr. Beeinträchtigungen einer Arbeitsfähigkeit durch die vom Versicherten geklagten Symptome Kopfweh, Tinnitus oder durch die subjektiven kognitiven Einbussen seien von fachärztlicher Seite nicht feststellbar. Ein wahrscheinlicher natürlicher Kausal-Zusammenhang zur Tätlichkeit vom 27. Februar 2006 sei bezüglich der Hör-Minderung und der Schwindel-Klagen des Versicherten nicht feststellbar (S.

#### **E. 3.15**

ff.). Dies ist nicht zu beanstanden und wird im Übrigen vom Beschwerdeführer nicht substantiiert gerügt.

#### **E. 6**

). Die dagegen am 24. August 2018 erhobene Einsprache (Urk. 11/A338) wies sie mit Einspracheentscheid vom 7.

Februar 2020 ab (Urk. 11/A 340 = Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 7. Februar 2020 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 1. März 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien die in der Einsprache vom 24. August 2018 gestellten Anträge gutzuheissen (S. 2 Ziff. II).

Die AXA beantragte mit Beschwerdeantwort vom 19. August 2020 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 28. August 2020 (Urk. 13) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 6.1**

Die Beschwerdegegnerin prüfte die Adäquanz der verbliebenen psychischen Beschwerden nach der bei Schreckereignissen anzuwendenden allgemeinen Formel (vgl. vorstehend E. 1.4) und kam zum Schluss, dass die fünf Jahre nach dem Unfallereignis erneut aufgetretene psychische Störung und deren Folgen nicht in adäquat kausalem Zusammenhang zum Unfallereignis steht (vgl. Urk. 2 Ziff.

## **E. 6.2**

Dementsprechend erweist sich der angefochtene Entscheid als zutreffend und ist zu bestätigen, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - lic. iur. Y.\_\_\_\_ - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid 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 dem 5. 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  
Mosimann  
Tiefenbacher

## **E. 7**

f. 7 3.12). Psychische Beschwerden seien hier entsprechend der Praxis zu Schreckereignissen zu beurteilen (S. 10 Ziff. 3.17) , und aus näher genannten Gründen sei die Adäquanz eines Kausalzusammenhanges zu verneinen (S. 11 f. Ziff. 3.20). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1), die seit der 2017 erfolgten Begutachtung getätigten umfangreichen Untersuchungen hätten hinsichtlich Quantität und Qualität Beeinträchtigungen in bisher deutlich grösserem Ausmass als im Gutachten erfasst oder berücksichtigt nachgewiesen (S. 2 Ziff. I). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die gestützt auf das 2017 erstattete Gutachten erfolgte Leistungseinstellung gerechtfertigt ist oder ob die vom Beschwerdeführer genannten, nach der Begutachtung von 2017 erfolgten Untersuchungen zu einem anderen Schluss veranlassen. 3.

## **E. 8**

Ziff. 6.1). Nach ausführlicher Würdigung der zum Unfall echtzeitlichen Dokumente (zur Tötlichkeit vom 27. Februar 2006) sei nach Einschätzung der Gutachter ein natürlicher Kausalzusammenhang der (aktuell erneut verschlechterten) Hörstörung des Versicherten höchstens mit dem Wahrscheinlichkeits-Grad «möglicherweise», nicht aber als «w

ahrscheinlich» festzustellen (S. 17 Ziff. 1.1). Hauptsächlich wegen der erheblichen zeitlichen Latenz des Auftretens einer signifikanten Hörminderung sei bezüglich der Hörstörung des Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer krankheitsbedingten oder idiopathischen («kryptogenen») Ursache auszugehen (S. 17 Ziff. 1.2). 4. 4.1

Dr. phil

A.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie SVNP, erstattete am 20. Dezember 2017 eine Stellungnahme zum neuropsychologischen Teil des Z.\_\_\_\_-Gutachtens (Urk. 11/M55). Ihres Erachtens werde darin den subjektiven Angaben des Patienten zu viel Gewicht und Raum gegeben (S. 2 Ziff. 1). Die Hinweise auf eine erhebliche Übertreibungstendenz, die sich in zwei Selbstbeurteilungsinstrumenten manifestiert habe und die objektiven Leistungsparameter in den durchgeführten Symptomvalidierungstests und damit die gesamte Validität der Untersuchungsergebnisse wieder in Frage stelle, interpretierte sie vor dem Hintergrund eines «Over-Testing», durch welches auf den verschiedensten Ebenen ständig neue Widersprüche und «Ungereimtheiten» generiert würden (S.

2 f. Ziff. 2). Ihres Erachtens seien die vom Patienten subjektiv berichteten Beschwerden in seinem Alltag im neuropsychologischen Z.\_\_\_\_-Bericht zu wenig gewürdigt und die Auswirkungen dieser Beschwerden auf die berufliche Funktionsfähigkeit kaum berücksichtigt worden (S. 3 f. Ziff. 3). 4.2

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, und MSc

C.\_\_\_\_, Psychotherapeut, erstattete am 10. März 2020 eine Stellungnahme (Urk. 3/1). Sie führte aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit

dem 12. Juli 2017 in ihrer Behandlung (S. 1), und nannten folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - komplexe/chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach erlittenem Raubüberfall 2006 - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) - peripher-vestibuläre Schwindelsymptomatik und zentrale Hörstörung sowie anhaltende kognitive Leistungsminderung/neuropsychologische Defizite als Folge eines Schädel-Hirn-Traumas beim genannten Überfallereignis - rezidivierende Nacken-Kopfschmerz und Verdacht auf zervikal-muskulär verursachte Schwindelsymptomatik als Folge eines HWS-Distorsionstraumas beim genannten Überfallereignis

Von psychiatrischer Seite seien seit Behandlungsbeginn, mutmasslich aber schon seit dem Überfall 2006, die - näher ausgeführten - Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung festzustellen (S. 1 unten). Als Folge des beim Überfall 2006 erlittenen Schädel-Hirn-Traumas bestehe seither eine komplexe Hörstörung. Vermutlich stehe auch die persistierende Schwindelsymptomatik damit in Zusammenhang, differenzialdiagnostisch (oder zusätzlich) sei ein zervikal-vertebraler Schwindel zu diskutieren. Als Langzeitfolge des Schädelhirntraumas seien auch die alltäglich beeinträchtigenden, im Untersuchungsverlauf mehrfach neuropsychologisch dokumentierten Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit anzusehen (S. 2 oben). Ebenfalls als Folge des Überfalles von 2006 müsse eine mittlerweile chronifizierte Nacken-Kopfschmerzsymptomatik interpretiert werden. Diese werde aus neurologischer Sicht vorwiegend durch eine Überlastung der anhaltend verspannt und verhärtet tastbaren

Muskulatur im Nacken-Schulterbereich bewirkt und aufrechterhalten. Sowohl medikamentöse als auch physiotherapeutische Behandlung hätten hier im bisherigen Verlauf keine oder nur vorübergehende Beschwerdebesserung gebracht. Auslöser dieser Problematik sei vermutlich ein bei dem Überfall erlittenes HWS-Distorsionsstrauma (S. 2 Mitte).

Der Beschwerdeführer sei durch die genannten psychiatrischen und neurologischen Beschwerden und Beeinträchtigungen sowohl in seinem beruflichen als auch in seinem privaten Alltag erheblich eingeschränkt. Bei seinem vorbestehend ungewöhnlich hohen Aktivitäts- und Leistungsniveau sei dies möglicherweise nicht auf den ersten Blick erkennbar gewesen, was gegebenenfalls auch ein Problem bei der Begutachtung gewesen sein könnte. Im Z.\_\_\_\_-Gutachten würden die genannten Störungsbilder und die damit verbundenen Einschränkungen jedenfalls nicht zutreffend wiedergegeben (S. 2). Aus ihrer Sicht könne das Z.\_\_\_\_-Gutachten deshalb nicht als Grundlage für die Beurteilung der Leistungspflicht herangezogen werden (S. 2 unten). 4.3

Der Neuropsychologe C.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.2) erstattete am 1. März 2020 einen Bericht (Urk. 3/2). Darin thematisierte er die Anamnese (S. 2 ff.), referierte Testergebnisse (S. 6 ff.), die er sodann besprach (S. 23 ff.), was sich mangels einer zusammenfassenden Beurteilung der Wiedergabe an dieser Stelle entzieht. Ferner kommentierte er einzelne Zitate aus dem psychiatrischen Z.\_\_\_\_-Teilgutachten (S. 27 ff.). 4.4

Mit Bericht vom 6. Juli 2020 (Urk. 11/M57) gab Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin,

eine Beurteilung (S. 17 f.) aufgrund der Akten (S. 1 ff.) ab.

Er führte unter anderem aus, zur HWS-Symptomatologie könne er eine früher erfolgte Beurteilung nur bestätigen, wonach ein durch das Ereignis vom 27. Februar 2006 verursachter struktureller Schaden im Segment C7/Th1 auf den unfallnahen Bildgebungen weder im ossären Anteil noch im diskoligamentären

Anteil des Segmentes belegt sei. Deshalb sei die Schlussfolgerung, die spätere Entwicklung sei überwiegend wahrscheinlich eine Folge des Ereignisses von 2006, nicht nachvollziehbar. Die aktuellen Nackenbeschwerden seien allein durch die degenerativ bedingten Veränderungen erklärt. Ohnehin spreche die ganze Beschwerdezunahme seit 2006, einhergehend mit der radiologisch dokumentierten Zunahme der degenerativen Veränderungen in diversen Segmenten der HWS, gegen eine Unfallkausalität (S. 17 Mitte).

Ein posttraumatischer Kopfschmerz könne nicht gesehen werden. Eine frühere Einschätzung als posttraumatische vegetative Ausnahmezustände im Rahmen einer psycho-reaktiven Störung dürfte auch heute noch als gute Umschreibung gewertet werden (S. 17).

Zu den Hörstörungen teile er frühere Ausführungen, wonach sich die aus ORL-Sicht postulierte Kausalität einzig auf das Fehlen einer Krankheitsursache und das Auftreten nach dem

Ereignis mit einer Latenz von mehreren Monaten beziehungsweise einem Jahr gründen würde. Eine plausible

Erklärung für die Pathogenese eines verspäteten Auftretens der Hörstörung oder deren Progredienz

bestehe nicht. Auch die Natur der nur intermittierend auftretenden ungerichteten Schwindelbeschwerden lasse nur möglicherweise an eine Unfallkausalität denken.

Die ganze Zunahme der Hörstörung seit 2006 könne unfallkausal nicht erklärt werden, sondern nur mit einem degenerativen Prozess im Rahmen einer schweren Presbyakusis beidseits (S. 17 unten). Selbst wenn es 2006 in der Annahme einer traumatischen Innenohrkontusion zu einer Schädigung

der Haarzellen des Innenohres gekommen wäre (beidseits wäre dies eine exklusive Rarität),

wäre im Verlauf eine gleichbleibende Hörstörung oder sogar eine leichte Besserung der Hörstörung zu erwarten gewesen, keinesfalls die mehrfach nachgewiesene massive Verschlechterung (S. 17 f.).

Die neuropsychologische Testperformance in Z.\_\_\_\_ sei bei der detaillierten Beschreibung der Leistungen weder mit dem Alltag noch mit dem langjährigen Amt als Kantonsrat vereinbar. Im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ und MSc

C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2 f.) fehlten Symptomvalidierungstests, welche eben genau eine Übertreibungstendenz nachweisen oder verneinen liessen. Dass Dr. B.\_\_\_\_ und MSc

C.\_\_\_\_ von einer sehr guten Abbildung der Leistungsfähigkeit ausgehen, sei zu wenig begründet. Dass die nach der Testperformance in der neuropsychologischen Z.\_\_\_\_-Untersuchung diskutierte theoretisch erwartbare Unterbringung in einer nicht näher bekannten Institution, was bei der Testperformance als erforderlich erscheinen würde, notwendig wäre, werde von Dr. B.\_\_\_\_ und MSc

C.\_\_\_\_ kritisiert, ohne jedoch anzugeben, weshalb auf die neuropsychologische Z.\_\_\_\_-Beurteilung nicht abzustellen wäre (S. 18). 5. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Das Z.\_\_\_\_-Gutachten vermag diesen Anforderungen vollumfänglich zu genügen. Im Gegensatz zu den vom Beschwerdeführer aufgelegten Berichten (vorstehend E. 4.1-4.3) wurde darin eine umfassende, interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vorgenommen. Die Gutachter und Fachpersonen legten ihre Schlussfolgerungen in sorgfältiger und schlüssig begründeter Weise dar. Es besteht kein Anlass, davon abzuweichen. Insbesondere lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass - bei erheblichen Inkonsistenzen und Übertreibungen - unfallkausal in psychiatrischer Hinsicht lediglich eine Restsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt werden konnte. Sowohl die Hörminderung als auch der Schwindel seien nicht auf den Unfall zurückzuführen

(vorstehend E. 3.4). 5.2

Die von Dr. A.\_\_\_\_ am neuropsychologischen Teil des Z.\_\_\_\_ -Gutachtens geübte Kritik (vorstehend E. 4.1) erscheint nur bedingt nachvollziehbar. Insbesondere fällt auf, dass sie einerseits bemängelte, den subjektiven Angaben des Patienten sei zu viel Gewicht und Raum gegeben worden ( Ziff. 1), andererseits aber auch, die vom Patienten berichteten Beschwerden seien zu wenig berücksichtigt worden ( Ziff. 3). Angesichts dieser Widersprüchlichkeit eignet sich die Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ nicht zur Entscheidungsfindung . 5. 3

Im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ und MSC C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2) wurden zwar stärker limitierende Diagnosen als im Z.\_\_\_\_ -Gutachten genannt und es wurde ausgeführt, es könne nicht auf das Z.\_\_\_\_ -Gutachten abgestellt werden. Für beides findet sich jedoch keine stichhaltige, nachvollziehbare Begründung. Insbesondere erfolgte keine Auseinandersetzung mit der eingehend begründeten und befund gestützten Diagnosestellung im Z.\_\_\_\_ -Gutachten (vorstehend E. 3.2) . Vielmehr wurden Diagnosen, zu denen im Z.\_\_\_\_ -Gutachten in einleuchtender Weise dargelegt wurde, warum sie so nicht zu stellen oder jedenfalls nicht als unfallkausal einzustufen sind (vorstehend E. 3.3) , aufgelistet. Aus dem Bericht kann deshalb weder geschlossen werden, das Gutachten sei mangelhaft, noch , dass zwischen zeitlich objektiv eine Verschlechterung eingetreten sei.

Schliesslich bleibt die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte

mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Dies entspricht der in ständiger Rechtsprechung anerkannten Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (BGE 137 V 210 E. 1.2.4), die im vorliegenden Fall anschaulich zur Geltung kommt.

Aus diesem Grund sind die vom Beschwerdeführer angeführten Berichte von behandelnder Seite nicht geeignet, die Schlussfolgerungen im Z.\_\_\_\_ -Gutachten in Zweifel zu ziehen, und sie weisen auch nicht auf eine objektiv eingetretene seit herige Verschlechterung hin, sondern darauf, dass Beurteilungen aus Sicht der Behandler mitunter anders ausfallen als solche im Rahmen einer Begutachtung. 5. 4

Somit ist der Sachverhalt massgebend, der sich aus dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten ergibt. Davon ist die Beschwerdegegnerin richtigerweise ausgegangen und hat ihn dem angefochtenen Entscheid zugrunde gelegt.

6.

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