

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00082

vom 6. Juli 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00082

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00082 du 6 juillet 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00082 del 6 luglio 2020

Erwägungen

E. 1.1

Die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt vom 20. Februar 2020 (Referenz «...») wird abgewiesen.

E. 1.2

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt vom 20. Februar 2020 (Referenz «...») aufgehoben und es wird festgestellt, dass diese für die Folgen des Ereignisses vom 14. September 2017 auch nach dem 31. Oktober 2019 leistungspflichtig ist.

2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann P. Sager

E. 2

Gegen die Einspracheentscheide vom 20. Februar 2020 erhob der Versicherte jeweils am 16. April 2020 Beschwerde und beantragte, diese seien aufgehoben, es seien ihm Taggelder und Heilungskosten über den 31. Oktober 2019 auszurichten und nach Erreichen des Endzustandes den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen (Urk. 1 S. 2, Urk. 5/1).

Mit Gerichtsv erfügung vom 3 0. April 2020 (Urk. 6) wurde der Prozess Nr. UV.2020.00083 mit dem vorliegenden Prozess Nr. UV.2020.00082 vereinigt und unter dieser Prozessnummer weitergeführt.

Die Suva beantrag t e mit Beschwerdeantwort vom 2 9. Mai 2020 (Urk. 8) die Abwei sung der Beschwerden. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 2. Juni 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging i m einen der angefochtenen Entscheide (Urk. 2) davon aus, dass beim Ereignis vom 8. September 201

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgeg enüber auf den Standpunkt (Urk. 1 = Urk. 5/1) , zwischen den beteiligten Ärzten sei auch heute noch unbestritten , dass er in der angestammten Tätigkeit als Lokomotivführer weiterhin und vermutlich dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig sei. Noch immer leide er derart unter den Fol gen der psychischen Belastung, dass er sich vom 2 0. November 2019 bis 1 3. Feb ruar 2020 stationär in der B.____ habe behandeln lassen müssen, wo nur eine diskrete Stabilisierung der Symptomatik habe erreicht werden können. Die Ärzte hätten klar festgestellt, dass er sich weiterhin intensiv behandeln lassen müsse (S. 8 oben).

Auch heute sei der Gesundheitszustand derart volatil, dass eine weitere stationäre Behandlung notwendig sein werde. Bis dato hätten noch nicht einmal berufliche Eingliederungsmassnahmen bei der Invalidenversicherung begonnen werden können. Ein Endzustand sei bis heute noch nicht erreicht. In Würdigung der Adä quanzen des Unfallereignisses habe die Beschwerdegegnerin den Umstand, dass er bereits massiv vorbelastet gewesen sei , nicht

berücksichtigt . Bei dem von der Beschwerde gegnerin angewendeten hohen Masstab an die Adäquanzen werden gerade nicht auf eine weite Bandbreite von Versicherten abgestellt, sondern offen sichtlich nur auf gesunde Versicherte, was rechtsprechungsgemäss gerade nicht zulässig sei. Ausserdem habe si e nicht gewürdigt, dass seine psychische Symptomatik nie remittiert sei, sondern sich laufen d verschlechtert habe (S. 8 unten).

Gerade die Exposition am Arbeitsplatz und die Angst vor neuen Erlebnissen habe die Symptomatik in der Vergangenheit immer wieder hervorgerufen, da er bei der Arbeit immer an die Unfälle erinnert worden sei. Im April 2019 sei die Unfall kausalität der psychischen Symptomatik zuletzt auch vom Kreisarzt bestätigt worden. Eine weitere kreisärztliche Stellungnahme sei durch die Beschwerde gegnerin nicht mehr eingeholt worden, obwohl eine solche empfohlen worden sei. Wie im aktuellsten medizin i schen Bericht bestätigt werde, leide er noch immer an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTB S) und einer mittlerweile chronifizierten mittelgradigen Depression, welche als Folge der Unfallereignisse am Arbeitsplatz zu sehen seien. Die psychische Symptomatik sei daher im Mindes ten teilweise auf den Unfall vom 1 4. September 2017 zurückzuführen. Ein anderer Schluss sei aufgrund der vorliegenden Akten nicht möglich (S. 9 oben). Die Leistungseinstellung per 3 1. Oktober 2019 sei daher zweifellos verfrüht und ohne umfassende Berücksichtigung des rechtserheblichen Sachverhalts erfolgt (S. 9 Mitte).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist zum einen , ob der Beschwerdeführer durch den Vorfall am

8. September 2016 einem aussergewöhnlichen Schreckereignis ausgesetzt war und damit einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG erlitten hat und zum anderen,

ob die nach dem Ereignis vom 14. September 2017 geltend gemachten psychischen Beschwerden noch adäquat kausal sind

und damit über den 31. Oktober 2019 hinaus eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht. 3.3.1

Dr. med.

A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 11. Oktober 2016 (Urk. 9/I/6) aus, er bestätige die langjährige hausärztliche Betreuung des Beschwerdeführers, welcher sich am 15. September 2016 wegen Symptomausweitung, Konzentrationsstörungen und Reizdarmsymptomatik nach einem Ereignis bei der Arbeit am 8. September 2016 gemeldet habe. Ohne sein Verschulden sei ihm ein Güterzug auf seinem Gleis entgegen gekommen. Eine Kollision habe nicht stattgefunden und durch rasches Interventions- und Klärung der Situation habe die Situation gut aufgefangen und am 5. Oktober 2016 bei schlussendlich günstigem Verlauf abgeschlossen werden können. 3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 7. November 2017 (Urk. 9/II/6) aus, eine Person sei dem Beschwerdeführer, welcher als Lokführer im Einsatz gewesen sei, in suizidaler Absicht vor den Zug gesprungen und sei trotz Vollbremsung überfahren worden. Dies sei für ihn ein ausgesprochen traumatisches Erlebnis gewesen, das zu massiven Schlafstörungen geführt habe. Schon zweimal habe er in diesem Jahr ein Ereignis gehabt, einmal eine Fast-Kollision und einmal einen Personenunfall. Trotzdem sei er dann arbeiten gegangen, habe dann aber Schwindelzustände im Führerstand gehabt, was wiederum zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Der Beschwerdeführer sei sichtlich gezeichnet durch die schweren Ereignisse und sei bereits in psychologischer Beratung. Sonst bestehe kein pathologischer Befund. Es bestehe eine akute traumatische Belastungsreaktion. 3.3

Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 26. Januar 2018 (Urk. 9/II/29) aus, aufgrund von zwei Personenunfällen innerhalb von vier Monaten habe der Beschwerdeführer in Folge des zweiten Personenunfalls bei der Arbeit plötzlich Angst- und Stresssymptome entwickelt, welche die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100

% begründet hätten (S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer sei seit Oktober 2017 in störungsspezifischer, kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierter Einzelpsychotherapie. Zu Beginn hätten wöchentliche Termine mit ergänzenden Telefonterminen bei Arbeitsbeginn stattgefunden. Aktuell würden die Termine in grösseren Abständen oder bei Bedarf Telefontermine stattfinden (S. 2 Mitte).

Der Beschwerdeführer habe sehr schnell wieder schrittweise seine Tätigkeit als Lokomotivführer aufnehmen können. Zuerst sei mit einem Pensum von 60 % begonnen worden, welches ab 20. November 2017 auf 80 % und ab dem 15. Januar 2018 auf 100 % habe gesteigert werden können (S. 3 oben). Nach wie vor träten während der Arbeit kurzfristig anhaltende Stresssymptome (z.B. kurzer Schwindel, Unwohlsein im Magen) auf, die den Beschwerdeführer zwar immer noch belasteten, mit denen er jedoch einen Umgang gefunden habe, diese zunehmend besser kontrollieren könne und die Angst davor

verliere (S. 3 oben). Ihm sei es seit Therapiebeginn gut gelungen, seine ausgleichenden sozialen, familiären und sonstigen positiven Aktivitäten aufrecht zu erhalten sowie regelmässig Sport zu treiben, was zur Stabilisierung entscheidend mit beigetragen habe. Zudem seien die Angst- und Stresssymptome im Verlauf deutlich abnehmend, was eine auch weiterhin günstige Prognose stütze (S. 3 Mitte). 3.4

Die Ärzte des D.____ berichteten am 13. November 2018 (Urk. 9/II/31) von einem MRI des Schädels und stellten einen altersentsprechend unauffälligen Befund des Neurokraniums fest. Hingegen stellten sie den Nachweis einer Retentionszyste als auch einer ausgeprägten Mukusobliteration mit Spiegelbildung im Sinus maxillaris links fest, was mit einer Sinusitis maxillaris links seitig gut vereinbar sei (S. 2 oben). 3.5

Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 7. Dezember 2018 (Urk. 9/II/32) aus, gemäss Klassifikation der International Headache Society leide der Beschwerdeführer seit Jahren unter einer episodischen Migräne, in früheren Jahren nur mit gelegentlichen Attacken, seit anfangs November 2018 nun erstmals chronifiziert. Aus der Anamnese, dem unauffälligen klinisch-neurologischen Status und dem bereits durchgeführten Schädel-MRI würden sich keine Hinweise für eine symptomatische Genese ergeben. Die im MRI zur Darstellung kommende Sinusitis

maxillaris links dürfte eher ein Zufallsbefund sein, eine relevante intrakranielle Pathologie könne jedenfalls ausgeschlossen werden. Nebenbefundlich könne bezüglich der Störungen mit Atemnot und Kribbeln von Panikattacken ausgegangen werden (S. 1). 3.6

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.1) führte im Bericht vom 6. Dezember 2018 (Urk.

9/II/33) aus, er betreue den Beschwerdeführer hausärztlich seit vielen Jahren. Die akute traumatische Belastungsreaktion vom 14. September 2017 habe am 24. Januar 2018 mit hervorragendem Resultat und beschwerdefrei abgeschlossen werden können. Im Juli 2018 habe er den Beschwerdeführer dann wegen Spannungskopfschmerzen wiedergesehen. Sie hätten unverzüglich das psychologische Training wiederaufgenommen, so dass sich die Situation etwas stabilisiert gehabt habe. Im November sei es zu deutlichen Flashbacks mit Symptomausweitung und zu Migräneanfällen gekommen, so dass er aus dem Arbeitsprozess herausgenommen werden müsse. Es seien die ursprünglichen Therapiemodalitäten nach der posttraumatischen Belastungsstörung alle wieder aktiviert worden. Der Beschwerdeführer sei äusserst motiviert. Die Prognose sei gut, da die Behandlung damals bei zweimaligem schweren Ereignissen gut angesprochen habe. 3.7

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.3) führte im Bericht vom 26. März 2019 (Urk. 9/II/42) zum Verlauf seit dem letzten Bericht vom Januar 2018 aus, der Beschwerdeführer habe sein Arbeitspensum von 100% wieder erreichen können und sich so stabilisiert, dass die weitere Behandlung im Februar 2018 habe beendet werden können. Es sei vereinbart worden, dass er sich bei Bedarf melde. Die sei Ende November 2018 geschehen, nachdem es bei der Arbeit plötzlich zu einer erneuten Aktivierung der bekannten Angstsymptome gekommen sei. Im Behandlungsverlauf hätten auch körperliche Beschwerden/Symptome bestanden, die einer umfassenden medizinischen Abklärung bedürft hätten. Bis dahin habe nicht differenziert werden können, ob die über Wochen anhaltenden, teilweise starken Kopfschmerzen somatisch und/oder psychisch (mit)bedingt gewesen seien. Es sei die Diagnose einer chronischen Nebenhöhlenentzündung gestellt worden, die operativ behandelt werden müsse und zu einer Krankschreibung durch die behandelnden Ärzte geführt habe. Nach der Behandlung der somatischen Beschwerden, die aus fachlicher Sicht

mit ursächlich für die erneute Aktivierung der Angstsymptome gewesen seien, habe sich der Beschwerdeführer umgehend wieder zugetraut, die Arbeit gestuft wiederaufzunehmen. In den ersten Arbeitseinsätzen habe er es trotz teilweisem Vorhandensein von Stress/Ängsten und begleitenden körperlichen Symptomen geschafft, seine Arbeit zu verrichten. Er sei zeitweise wöchentlich gekommen (S. 1 Mitte).

Dazwischen hätten längere Pausen aufgrund somatischer Krankenschreibung und Operation gelegen. Seit der Wiederaufnahme der Arbeit werde der Beschwerdeführer durch Mails oder Telefontermine nach jedem Arbeitseinsatz begleitet und engmaschig betreut. Dies, weil aufgrund der unregelmässigen Arbeitszeiten bei der Y.____ regelmässige Termine schwierig zu organisieren seien und weil eine zeitnahe Unterstützung für die weitere Stabilisierung im Beruf unabdingbar sei (S. 1 f.).

Bei der Arbeit sei es für den Beschwerdeführer wie aus heiterem Himmel plötzlich erneut zu Angstsymptomen mit körperlichen Korrelaten gekommen, so dass er seine Schicht habe abbrechen müssen und die Angstsymptomatik mit den begleitenden körperlichen und kognitiven Symptomen reaktiviert worden sei. Dies umso mehr, da der Beschwerdeführer keine Erklärung für das plötzliche Wiederauftreten der Symptome sowie das teilweise Anhalten von körperlichen Symptomen gehabt habe. Diese Kontrollverlusterfahrung habe die Ängste und Sorgen bezüglich der beruflichen Zukunft erneut aktiviert. Nach diversen somatischen Abklärungen durch verschiedene Fachärzte sei eine chronische Nebenhöhlenentzündung diagnostiziert worden, die operativ behandelt werden müsse. Es sei zwischenzeitlich zu einer Krankenschreibung gekommen. Diese somatischen Gründe seien mitursächlich für die erneute Verschlechterung zu bewerten. Die Arbeit sei im März 2019 im Pensum von 40 % wiederaufgenommen worden (S. 2 Mitte). 3.8

Med. pract. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungsmedizin Suva, führte in der Stellungnahme vom 9. April 2019 (Urk.

9/II/43) aus, trotz gleichzeitiger somatischer Problematik und interkurrenter Operation sei aufgrund des Berichts des Psychiaters vom 26. März 2019 eine natürliche Teilkausalität der wiederaufgeflamten Angstproblematik und allenfalls auch damit verbundenen Spannungskopfschmerzproblematik mit dem Schreckereignis von September 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu attestieren. Bei dem Beschwerdeführer, der ja sehr motiviert sei und schon das erste Mal sehr schnell wieder zur Arbeitstätigkeit zurückgefunden habe, scheine eher das Risiko zu bestehen, dass er tendenziell eher zu Dissimulation neige und die Arbeitsbelastung allenfalls auch zu schnell gesteigert werde. 3.9

Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Schreiben vom 18. Mai 2019 (Urk. 9/II/55/4) aus, der aktuelle Befund habe sie etwas erstaunt und auch beunruhigt. Mit den beschriebenen Symptomen, vor allem reduzierter Konzentration, anhaltender Müdigkeit/Erschöpfung und mittelgradiger Nervosität, erachte sie den Beschwerdeführer als nicht tauglich für die Tätigkeit als Lokführer. Sie habe ihn deshalb befristet untauglich für sicherheitsrelevante Tätigkeiten geschrieben, dies mindestens für die nächsten drei Monate. Sie sei sich bewusst, dass dies für den Beschwerdeführer ein einschneidender Entscheid sei, der möglicherweise seine Zukunftsängste verstärke und allenfalls den Krankheitsverlauf vorübergehend negativ beeinflussen könnte, doch gehe die Sicherheit vor. 3.10

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.3) führte im Bericht vom 27. Juni 2019 (Urk.

9/II/55 /13) aus, bei der Arbeit sei es für den Beschwerdeführer wie aus heiterem Himmel plötzlich erneut zu einer Reaktivierung der Angstsymptomatik mit begleitenden körperlichen und kognitiven Symptomen gekommen, so dass er seine Schicht habe abbrechen müssen. Dies umso mehr, da er keine Erklärung für das plötzliche Wiederauftreten der Symptome sowie das teilweise Anhalten von körperlichen Symptomen (z.B. über Wochen anhaltende Kopfschmerzen) gehabt habe. Durch diese Kontrollverlusterfahrung seien erneut die Ängste und Sorgen bezüglich der beruflichen Zukunft aktiviert worden. Nach diversen somatischen Abklärungen durch verschiedene Fachärzte sei eine chronische

Nebenhöhlenentzündung diagnostiziert worden, die operativ behandelt werden müssen. Es sei zwischenzeitlich zu einer Krankschreibung (100%) durch die behandelnden Ärzte gekommen. Diese

somatischen Gründe seien ursächlich für die erneute Verschlechterung zu bewerten (S. 1 unten).

Zum einen habe während der somatischen Abklärungsphase eine psychische Ätiologie der Symptomatik nicht ausgeschlossen werden können, was zu einer starken Verunsicherung des Klienten

und zur Angst vor einem Rezidiv und den damit assoziierten beruflichen Folgen für die Zukunft geführt habe. Zudem stellten diese Symptome per se starke Trigger für die hochautomatisierte

Reaktivierung des Traumagedächtnisses dar, was zu einer erheblichen Stressbelastung führe (S. 1 unten f.).

Die Konzentration sei bei der Arbeit beim Auftreten einzelner Stressmomente (wenn plötzlich

körperliche Symptome oder Angstgefühle aktiviert würden) vorübergehend reduziert gewesen.

Das Auftreten solcher Stressmomente und die damit verbundenen Symptome seien als Aktivierung des Traumagedächtnisses zu interpretieren. Damit verbundene, wiederkehrende

Symptome bei der Arbeit seien ein Druckgefühl in Nase und Stirnbereich und ein fast tägliches Auftreten

von Kopfschmerzen während der Arbeit oder zu Arbeitsende gewesen. Begleitet worden

seien diese Symptome

durch leichten Schwindel, mittelgradige Nervosität und Anspannung, die teilweise über einen

langen Zeitraum (bis ganze Arbeitszeit) leicht bis mittelgradig erhöht bestehen blieben (S. 2 oben).

Weiter habe ein generelles Unwohlsein und ein Angstgefühl begleitet von Sorgen gedanken wie zum Beispiel

« wieso kommen die Symptome schon wieder » , « hoffentlich gehen sie weg und ich kann die

Schicht zu Ende fahren » bestanden. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer flüssig, adäquat, jedoch mittel gradig

eingeschränkt auf die aktuelle Lebenssituation (Angst, dass es nicht besser werden könnte; was

wäre dann?) und die damit verbundenen Zukunftsängste (S. 2 Mitte) .

Durch die Stressbelastung während der Arbeit habe eine deutlich erhöhte Erholungszeit bzw.

anhaltende Müdigkeit/Erschöpfung auch bei ausreichender Schlafdauer bestanden . Teilweise hätten Durchschlafprobleme oder Früherwachen bestanden . Es bestehe Affektarmut bei jedoch leichter

Schwingungsfähigkeit und eine mittelgradige Störung der Vitalgefühle. Weiter bestünden leichte

Depressivität und Hoffnungslosigkeit, dass sich die Symptome deutlich verbessern werden,

Angst vor der Angst sowie innere Unruhe/Anspannung, die den Klienten auch in Rahmen seiner

Freizeit belasteten . Der Antrieb sei leicht gehemmt. Es bestehe keine Suizidalität (S. 2 Mitte) .

Im Vergleich zum März 2019 sei eine Verschlechterung des Zustandsbildes eingetreten. Der Beschwerdeführer komme regelmässig in Behandlung. Seit dem 17. Mai 2019 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lokführer. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit zwischen 20 und 40 % (S. 2 unten). 3.11

Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, B.____ ,

berichtete am 11. März 2020 (Urk. 9/II/112/12-18 = Urk. 3) über eine stationäre Behandlung vom 20. November 2019 bis 13. Februar 2020 und nannte als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Der Beschwerdeführer berichtete, dass es ihm seit seinem Austritt aus der vorherigen stationären Behandlung am 18. Oktober 2019 zu Hause im Wesentlichen unverändert gegangen sei. Er leide zum einen unter depressiven Symptomen, insbesondere Müdigkeit, Antriebsmangel, gedrückter Stimmung, verminderter Freudefähigkeit, Hoffnungslosigkeit, sich aufdrängenden, negativen Gedanken in Bezug auf sich selbst und die Zukunft sowie Schlafstörungen. Zusätzlich bestehe eine stark ausgeprägte Angst- und Anspannungssymptomatik mit körperlichen Symptomen und wiederholten Panikattacken. Es sei ihm nach Austritt einigermaßen gelungen, eine Tagesstruktur aufrechtzuerhalten, indem er sich um seine Tochter kümmere, täglich eine halbe Stunde spazieren gehe, kleinere Projekte an seinem PC ausführe und seine Therapietermine und andere administrative Termine wahrnehme (S.

1 unten). Seine soziale Situation sei nach wie vor belastet. Er sei nun seit zirka einem Jahr zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, die Suva habe aber zuletzt einen Brief geschrieben, in welchem sie den Zusammenhang seines Leidens mit dem berufsbedingten Eisenbahnsuizid und dem weiteren Personenunfall, die er im Rahmen seiner Tätigkeit als Lokführer erlebt habe, angezweifelt habe. Dieses Schreiben habe bei ihm eine massive Zunahme der Symptomatik bewirkt und löse Existenzängste aus. Von seinem betrieblichen Gesundheitsmanager und seinen Vorgesetzten fühle er sich im Stich gelassen und unter Druck gesetzt. Er sei zur stationären Traumatherapie in die Klinik eingetreten, mit dem Ziel eine langfristige Verbesserung der Traumafolgesymptomatik, des sozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität zu erreichen. Bei Eintritt habe ein hoher subjektiver Leidensdruck sowie ein Gefühl von Hilflosigkeit bestanden, aber keine Hoffnungslosigkeit (S. 2 oben).

Im Rahmen der psychotherapeutischen Sitzungen sei aufgefallen, dass es dem Beschwerdeführer schwergefallen sei, einen Zugang zu seinem inneren, emotionalen Erleben aufzubauen. Immer wieder habe sich auch ein ausgeprägtes Gefühl der Hilflosigkeit und der Überforderung gezeigt, wenn es um das Erlernen von funktionalen Strategien zur Verbesserung der Emotionsregulation gegangen sei. Es hätten sich dann vermehrt somatische Symptome in Form von Abgeschlagenheit, Schwindel und allgemeiner Energielosigkeit gezeigt. Insgesamt habe der Eindruck bestanden, dass beim Beschwerdeführer ein erschwerter Zugang zum inneren Erleben von Stimmungen und Emotionen bestanden habe, wobei aus der Querschnittsbeobachtung heraus schwer zu beurteilen sei, ob dies eher als grundsätzliche Problematik des Beschwerdeführers, im Sinne einer Alexithymie, zu werten, oder eine Folge des aktuell mittelgradig bis schwer ausgeprägten depressiven Erlebens und Verhaltens sei. Aufgrund dieser Schwierigkeiten habe beim Erarbeiten der Traumalandkarte sehr kleinschrittig

vorgegangen werden müssen, was dazu geführt habe, dass der Prozess einen langen Zeitraum in Anspruch genommen habe. Bei gleichzeitig ausgeprägter depressiver Symptomatik und hoher Empfindlichkeit

gegenüber Triggersituationen, auf welche der Beschwerdeführer mit Angst bis hin zu Panikzuständen und grossem Unbehagen reagiert habe, hätten während dieses stationären Aufenthaltes noch keine

Expositionssitzungen im engeren Sinne durchgeführt werden können (S. 5 Mitte).

Gegen Ende des stationären Aufenthaltes habe auf Wunsch des Beschwerdeführers ein Familiengespräch

mit seiner Ehefrau, seinem Bruder und seiner Mutter stattgefunden, in welchem sich auf der einen

Seite eine grosse Bereitschaft zur Unterstützung von Seiten des Bruders und der Mutter gezeigt habe, auf

der anderen Seite aber auch die Versagensgefühle des Patienten darüber, den Erwartungen und Anforderungen seiner Familie nicht gerecht geworden zu sein, spürbar geworden seien (S. 5 unten f.). Während des

stationären Aufenthaltes seien vom Beschwerdeführer regelmässig Belastungserprobungen mit Besuchen

in seiner häuslichen Umgebung durchgeführt worden . Diese habe

er einerseits als Ressource erlebt ,

weil sie sein Gefühl die Verbundenheit mit seinem familiären Umfeld gestärkt hätten ,
andererseits

habe der Beschwerdeführer auch zuhause über die fortbestehenden Beeinträchtigungen
durch

Symptome der Depression und der PTBS berichtet .

Insgesamt hätten im Rahmen der bisherigen Therapie Selbstwert, Selbstwirksamkeit,
Selbstfürsorge und Autonomie noch nicht so gestärkt werden können , wie es für eine
dauerhafte

Remission notwendig wäre. Auch die notwendige Ressourcenaktivierung sei noch nicht in
einem Masse gelungen , dass ein relevanter Transfer in den Alltag möglich wäre. Die
traumaasoziierte

Symptomatik habe dementsprechend im Verlauf der Behandlung in mehr oder weniger
unveränderter Form weiter fortbestanden , ebenso die depressive Symptomatik (S. 6 oben)
. 4.

4.1

Als Schreckereignisse gelten nach der Rechtsprechung etwa Brand- oder Erdbebenkatastrophen, Eisenbahn- oder Flugzeugunglücke, schwere Autokollisionen, Brückeneinstürze, Bombenabwürfe, verbrecherische Überfälle oder sonstige plötzliche Todesgefahren sowie Seebeben, bei denen, anders als im Rahmen der üblichen Unfälle, die psychische Stresssituation im Vordergrund steht, wogegen dem somatischen Geschehen keine (entscheidende) Bedeutung beigemessen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_587/2011 vom 23. Dezember 2011 E. 8).

Damit lässt sich das vom Beschwerdeführer erlebte Ereignis vom 8. September 2016 nicht vergleichen.

Auch wenn die Beinahe-Kollision mit einem entgegenkommenden Bauzug und sofort eingeleiteter Schnellbremsung für den Beschwerdeführer unerwartet eintrat, mithin die Situation geeignet war, einen gewissen Schrecken hervorzurufen, war der Vorfall jedoch nicht derart aussergewöhnlich und die seelische Einwirkung des Ereignisses nicht von derart überraschender Heftigkeit, dass es dazu geeignet gewesen wäre, durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen (wie Lähmungen, Herzschlag etc.) hervorzurufen. Mit anderen Worten war die Beinahe-Kollision , bei welcher weder der Beschwerdeführer noch Drittpersonen Verletzungen erlitten haben und auch kein Sachschaden am Zug entstanden ist ,

nicht dazu geeignet, einen gesunden Menschen zutiefst zu erschüttern und in einen entsprechenden Schockzustand zu versetzen. 4.2

Selbst wenn das Ereignis vom 8. September 2016 als Unfall qualifiziert würde, wären diesbezügliche Leistungsansprüche mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Geschehen und den sich bei m

Beschwerdeführer danach manifestierten psychischen Gesundheitsstörungen zu verneinen. Denn mit Blick auf die diesbezüglich hohen Anforderungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_653/2007 vom 28. März 2008 E. 2.4 und 2.) wäre die besagte Bei nahe-Kollision nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung als nicht geeignet zu beurteilen, um einen so massiven psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen, der zu anspruchsbegründender Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit führt. 4.3

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin das vom Beschwerdeführer am 8. September 2016 erlebte Ereignis mit Einspracheentscheid vom 20. Februar 2020 (Referenz «...», Urk. 2) zutreffend nicht als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG qualifiziert.

Dies führt zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde. 5.

5.1

Streitig und zu prüfen ist weiter, ob

aufgrund der im Mai und im September 2017 in der Tätigkeit als Lokführer erlebten Personenunfälle, bei welchen es sich unbestritten um Schreckereignisse im Sinne der Rechtsprechung und damit um grundsätzlich Versicherungsleistungen auslösende Unfälle gemäss Art. 4 ATSG handelt (vgl. Urk. 5/2 S. 7 Mitte), über den 31. Oktober 2019 hinaus eine Leistungspflicht der

Beschwerdegegnerin für die in der Folge aufgetretenen psychischen Beschwerden besteht. Dies setzt voraus, dass die noch vorhandenen psychischen Leiden als adäquat kausale Folge des Ereignisses anzusehen sind. Nach dem Gesagten ist hierzu die Frage zu beantworten, ob die erlebten Personenunfälle gemessen an der allgemeinen Lebenserfahrung - unter Berücksichtigung der weiten Bandbreite der Versicherten (vgl. nachfolgend E.

5.2)

- geeignet sind, auch nach dem 31. Oktober 2019 eine psychische Störung mit anhaltender Erwerbsunfähigkeit herbeizuführen. 5.2

An den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen psychischen Beschwerden und so genannten Schreckereignissen werden hohe Anforderungen gestellt. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts besteht die übliche und einigermassen typische Reaktion auf solche Ereignisse erfahrungsgemäss darin, dass zwar eine Traumatisierung stattfindet, diese aber vom Opfer in aller Regel innert einiger

Wochen oder Monate überwunden wird.

Bejaht hat das Bundesgericht den adäquaten Kausalzusammenhang unter anderem in einem Fall, bei dem ein Fahrzeuglenker bei einem Abbiegemanöver ein entgegenkommendes Fahrzeug übersah und bei der nachfolgenden Kollision, welche von ihm zu verantworten war und bei der er sich keine wesentlichen Verletzungen zuzog, seine Ehefrau ums Leben kam. Dabei wies das Bundesgericht daraufhin, dass gemäss Rechtsprechung nicht allein auf den

psychisch gesunden Versicherten, sondern auf eine weite Bandbreite der Versicherten abzustellen sei. In

diesem Rahmen würden auch solche Versicherte Bezugspersonen für die Adäquanzbeurteilung bilden, welche

im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung eines Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko

gehören würden, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht « optimal » reagieren würden. Daraus

ergebe sich, dass für die Beurteilung der Frage, ob ein konkretes Unfallereignis als alleinige Ursache

oder als Teilursache nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung

geeignet sei, zu einer bestimmten psychischen Schädigung zu führen, kein allzu strenger, sondern im

dargelegten Sinne ein realitätsgerechter Massstab angelegt werden müsse (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_593/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3).

Auch wenn der eben dargelegte Sachverhalt und insbesondere das Schreckereignis mit dem vorliegenden nicht in allen Punkten übereinstimmt, so ist er mit dem vorliegenden Sachverhalt doch vergleichbar und weist diverse Parallelen auf. Der Beschwerdeführer war in seiner Tätigkeit als Lokführer innerhalb von vier Monaten an zwei Personenunfällen beteiligt. Der erste Personenunfall ereignete sich im Mai 2017, bei welchem die Person nicht zu Tode kam, jedoch schwerste Verletzungen erlitt, wobei der Beschwerdeführer die Schreie der verunfallten Person im Führerstand mitanhören musste. Der zweite Personenunfall ereignete sich im September 2017, bei welchem der Beschwerdeführer trotz Vollbremsung nicht in der Lage war den Zug rechtzeitig zu bremsen und die Person zu Tode kam. Zwei in kürzester Zeit in der Tätigkeit als Lokführer zwangsmässig mit erlebte Personenunfälle, welche zu erheblichen Körperschäden und zum Tod führten und damit an Intensität und Eindringlichkeit kaum zu überbieten sind, erscheinen grundsätzlich nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung als geeignet, die in der Folge eingetretenen psychischen Probleme herbeizuführen.

Zum gleichen Schluss führen die medizinischen Akten. Aus dem Bericht von Dr.

Z. ___ vom 26. Januar 2018 geht hervor, dass der Beschwerdeführer aufgrund von zwei Personenunfällen in der Folge bei der Arbeit plötzlich Angst- und Stresssymptome entwickelt habe, die die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % begründeten. Im Rahmen der Therapie sei eine Psychoedukation zu Belastungsreaktionen, damit verbundenen Lerneffekten und emotional-körperlichen Reaktionen/Symptomen besprochen und es seien günstige stabilisierende Massnahmen wie Sport, positive und soziale Aktivitäten gefördert und mögliches ungünstiges Vermeidungsverhalten thematisiert worden. Es sei gemeinsam ein gestufter Wiedereinstieg in den Berufsalltag geplant und Strategien besprochen worden, die angewendet werden können, falls intensive Angst oder vegetative Symptome auftreten würden. Der Beschwerdeführer wurde beim beruflichen Einstieg schrittweise begleitet, schwierige Triggersituationen geübt sowie die Erfahrungen nachbesprochen (vorstehend E. 3.1). Dadurch konnte der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Lokführer sehr schnell schrittweise wiederaufnehmen und arbeitete ab 4. November zu 60 %, ab 19. November 2017 zu 80 % und ab 15. Januar 2018 zu 100 % (vgl. Urk. 9/II/8-10, Urk. 9/II/13, Urk.

9/II/26-27). Aus dem Bericht vom 26. Januar 2018 geht hingegen auch hervor, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor während der Arbeit kurzfristig anhaltende Stress

symptome auftreten würden, die ihn zwar immer noch belasten, die mit denen er jedoch einen Umgang gefunden habe, diese zunehmend besser kontrolliere und die Angst davor verliere (vgl. vorstehend E. 3.3). Dass die intensive Behandlung und teilweise auch telefonische Begleitung vor Arbeitsbeginn in relativ kurzer Zeit im Februar 2018 beendet werden konnte - wie die Beschwerdegegnerin immer wieder festhält - ist richtig. Aus dem Bericht von Dr. Z.____ geht aber

auch her vor, dass beim Beschwerdeführer während der Arbeit nach wie vor - wenn auch kurzfristig anhaltende - Stresssymptome auftreten würden (vgl. vorstehend E. 3.3). Von einer Symptom - respektive Beschwerde freiheit bei Beendigung der Behandlung - wie dies der Hausarzt Dr. A.____ beschrieb (vgl. vorstehend E. 3.6) - kann somit nicht ausgegangen werden.

Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer bereits nach nur wenigen Monaten am 16. Juli 2018 wegen Spannungskopfschmerzen wieder seinen Hausarzt aufsuchte, welcher daraufhin das psychologische Training unverzüglich wieder aufnahm, deutet daraufhin, dass die zunächst während der intensiven Behandlung

abnehmenden Angst- und Stresssymptome nun anhand der begleitenden körperlichen und psychosomatischen Symptome wieder stärker wurden und den Beschwerdeführer schliesslich

in einer Weise

destabilisierten, dass dieser im November 201

E. 6

kein Unfall im Sinne eines Schreckereignisses vorliege, da weder der Beschwerdeführer noch Drittpersonen Verletzungen am Körper erlitten hätten und das Ereignis auch nicht als aussergewöhnlich bezeichnet werden könne (S. 6 oben). Selbst wenn vorliegend von einem Schreckereignis ausgegangen würde, welches die Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllen würde, zeichne sich der hier zu beurteilende Vorfall dadurch aus, dass weder der Beschwerdeführer noch Drittpersonen Verletzungen erlitten hätten und es sich um ein sehr kurzdauerndes Ereignis gehandelt habe. Erfahrungsgemäss dürfte aufgrund der Umstände die übliche und einigermaßen typische Reaktion auf ein solches Ereignis darin bestehen, dass zwar eine Traumatisierung stattfindet, diese aber vom Opfer in aller Regel innert einigen Wochen oder Monate überwunden werde. Eine psychische Störung und lang andauernde Erwerbsunfähigkeit könnten rechtsprechungsgemäss nicht mehr in einem weiten Sinne als angemessen oder einigermaßen typische Reaktion auf das Schreckereignis bezeichnet werden (S. 6 Mitte).

Zusammenfassend seien die Voraussetzungen eines Schreckereignisses durch den Vorfall am 8. September 2016 nicht erfüllt. Ausserdem wären zwischen den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers und dem Ereignis vom 8. September 2016 auch kein adäquater Kausalzusammenhang gegeben, womit die Leistungspflicht für die geltend gemachten Beschwerden mit Verfügung vom 28. November 2019 zu Recht verneint worden seien (S. 7 oben).

Im andern der angefochtenen Entscheide (Urk. 5/2) hielt die Beschwerdegegnerin bezüglich des Ereignisses vom 14. September 2017 fest, dass es sich dabei unbestritten um ein Schreckereignis im Sinne der Rechtsprechung handle (S. 7 Mitte). Das Schreckereignis

vom 14. September 2017, wo dem Beschwerdeführer als Lokführer eine Person in suizidaler Absicht vor seine Lokomotive gekrochen sei, sei zweifellos sehr eindrücklich gewesen. Der Beschwerdeführer selbst habe sich glücklicherweise nie in Gefahr befunden, verletzt zu werden. Nach diesem Schreckereignis habe der Beschwerdeführer für lediglich vier Monate psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen und habe den Fahrdienst bereits am 4. November 2017 wiederaufnehmen können. Der behandelnde Psychiater Dr. Z.____ habe im Bericht vom 26. Januar 2018 beschrieben, dass die Angst- und Stresssymptome im Verlauf deutlich abnehmend seien, was eine günstige Prognose stützen würde. Hausarzt Dr. A.____ habe im Bericht vom 6. Dezember 2018 beschrieben, dass die akute traumatische Belastungsreaktion vom 14. September 2017 am 24. Januar 2018 «mit hervorragendem Resultat und beschwerdefrei» habe abgeschlossen werden können (S. 9 Mitte).

Ein erneuter Arztbesuch sei erst wieder am 16. Juli 2018 wegen Spannungskopfschmerzen beim Hausarzt erfolgt (vgl. nachstehend E. 3.6). Eine neurologische Untersuchung vom 5. Dezember 2018 habe eine chronische Migräne ergeben. Gemäss Bericht leide der Versicherte aber seit Jahren unter einer episodischen Migräne, in früheren Jahren nur mit gelegentlichen Attacken, seit anfangs November 2018 nun erstmals chronifiziert. Bekanntlich sei dann die Nebenhöhlenentzündung diagnostiziert worden, welche Dr. Z.____ als «ursächlich für die erneute Verschlechterung» gewertet habe (vgl. Bericht vom 27. Juni 2019). Bei dieser Ausgangslage und mit Blick auf die hohen Anforderungen, welche an den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und sogenannten Schreckereignissen gestellt werden, könnten die über ein Jahr später gemeldeten psychischen Beschwerden, welche krankheitsbedingt ausgelöst worden seien, nicht mehr in einem weiten Sinne als angemessene oder einigermaßen typische Reaktion auf das Schreckereignis bezeichnet werden (S. 9 f.).

Nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung überwinde ein Opfer ein Schreckereignis mit fortlaufender Dauer. Der gesündliche Verlauf des Beschwerdeführers sei damit, abgesehen davon, dass er sich vom zeitlichen Ablauf her eher zusammenhangslos darstelle, dem zuvor Gesagten gerade gegenläufig. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 14. September 2017 und den psychischen Beschwerden sei deshalb zu verneinen (S. 8 oben).

E. 8

diagnostizierten chronifizierten Migräne hielt der Neurologe Dr. E.____

nebenbefundlich fest, dass bei den Störungen mit Atemnot und Kribbeln von Panikattacken ausgegangen werden könne (vgl. vorstehend E. 3.5). Dr. Z.____ hielt zum Behandlungsverlauf denn auch nachvollziehbar fest, dass zunächst nicht habe differenziert werden können, ob die über Wochen anhaltenden, teilweise starken Kopfschmerzen somatisch und/oder psychisch (mit)bedingt gewesen seien. Nach der Behandlung der somatischen Beschwerden, die aus fachlicher Sicht mitursächlich für die erneute Aktivierung der Angstsymptome gewesen seien, habe es der Beschwerdeführer trotz teilweisem Vorhandensein von Stress/Ängsten und begleitenden körperlichen Symptomen geschafft, seine Arbeit zu verrichten, bis es erneut und plötzlich zu Angstsymptomen mit körperlichen Korrelaten gekommen sei, so dass er die Schicht habe abbrechen müssen (vgl. vorstehend E. 3.7).

Dies habe zu einer starken Verunsicherung des Beschwerdeführers und zur Angst vor einem Rezidiv und den damit assoziierten beruflichen Folgen für die Zukunft geführt. Die Kontrollverlusterfahrung habe die Ängste und Sorgen bezüglich der beruflichen Zukunft erneut aktiviert. Diese Symptome würden per se starke Trigger für die hochautomatisierte Reaktivierung des Traumagedächtnisses darstellen, was zu einer erheblichen Stressbelastung führe. Die Konzentration sei bei der Arbeit beim Auftreten einzelner Stressmomente (wenn plötzlich körperliche Symptome oder Angstgefühle aktiviert werden) vorübergehend reduziert gewesen. Das Auftreten solcher Stressmomente und die damit verbundenen Symptome seien als Aktivierung des Traumagedächtnisses zu interpretieren (vgl. vorstehend E. 3.10).

5.4

Aufgrund dieser Ausführungen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es vor dem Hintergrund der nie vollständig verschwundenen posttraumatischen Symptome zusammen mit den verstärkten somatischen und psychosomatischen Beschwerden zu einem erneuten Krankheitsausbruch kam. Aus dem Bericht der B.____

vom 11. März 2020 geht hervor, dass es dem Beschwerdeführer schwergefallen sei, einen Zugang zu seinem inneren, emotionalen Erleben aufzubauen. Immer wieder habe sich ein ausgeprägtes Gefühl der Hilflosigkeit und der Überforderung gezeigt, wenn es um das Erlernen von funktionalen Strategien zur Verbesserung der Emotionsregulation gegangen sei, wobei sich vermehrt somatische Symptome gezeigt hätten. Insgesamt habe der Eindruck bestanden, dass beim Beschwerdeführer ein erschwerter Zugang zum inneren Erleben von Stimmungen und Emotionen bestanden habe, wobei schwer zu beurteilen sei, ob dies eher als grundsätzliche Problematik oder eine Folge des aktuell mittelgradig bis schwer ausgeprägten depressiven Erlebens und Verhaltens sei.

Aufgrund dieser Schwierigkeiten habe beim Erarbeiten der Traumalandskarte sehr kleinschrittig vorgegangen werden müssen und habe einen langen Zeitraum in Anspruch genommen (vgl. vorstehend E. 3.11).

Die se fachärztlichen Ausführungen weisen darauf hin, dass das erlittene Trauma vor dem Hintergrund der angedeuteten möglichen Prädisposition bisher noch nicht (vollständig und hinreichend) verarbeitet wurde. So wäre es durchaus denkbar, dass im Rahmen der intensiven Therapie kurz nach den Ereignissen die Wiederaufnahme der Arbeit und das Erlernen von Bewältigungsstrategien bei Auftreten erneuter Angst- und Stresssymptome im Vordergrund stand und die Traumabewältigung an sich in der eher kurzen Zeit gar nicht angegangen oder vollständig abgeschlossen werden konnte. Dafür spricht auch die Aussage des Versicherungspsychiaters med. pract. F.____, welcher darauf hin deutete, dass das Risiko bestehe, dass der Beschwerdeführer eher zu Dissimulation neige und die Arbeitsbelastung allenfalls auch zu schnell gesteigert werde (vgl. vorstehend E.

3.8).

Dr. G.____ sah sich aufgrund der Schwere der erhobenen Befunde sogar veranlasst, den Beschwerdeführer für die Lokführertätigkeit - befristet - als untauglich zu schreiben (vgl. vorstehend E. 3.9).

Angesichts der vorliegenden Umstände

sind die beiden Personennunfälle vom Mai und September 2017

als nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allge meinen

Lebenserfahrung geeignet zu erachten, innerhalb eines Jahres nach dem Ereignis Spätfolgen im Sinn der Behandlungsbedürftigkeit von psychischen Beschwerden mit Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Der adäquate Kausalzusammenhang ist daher zu bejahen.
5.6

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. Februar 2020 (Referenz «...», Urk. 5/2) mit der Feststellung aufzuheben, dass die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auch nach dem 31. Oktober 2019 weiter besteht.
6.

Ausgangsgemäss ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer).
Das Gericht erkennt: 1.

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