

200 15 235 UV
KNB/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Dezember 2016

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Basler Versicherung AG
Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel
vertreten durch lic.iur. Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. Februar 2015 (29/022393/12.X)



Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war vom 1. Januar 1981 bis 31. März 2000 für D._____ tätig (Dossier der Basler Versicherung AG, act. IIB 2/16) und dadurch bei der Basler Versicherungs-Gesellschaft (Basler bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert (act. IIB 2/49-2/52). Im Rahmen der Tätigkeit für die D._____ arbeitete er von ... 1990 bis ... 1995 als ... mit Spezialgebiet ... und von ... 1995 bis Ende ... 2000 als ... in ... (act. IIB 2/16-2/18, 2/23). Der Versicherte arbeitete zudem von ... 2003 bis Ende ... 2005 als Mitarbeiter Betreuung für den Einsatz in ... sowie ... für die E._____ in einem Pensum von 60 % (act. IIB 2/33-2/40). Vom 2. August 2005 bis 14. April 2006 war er für F._____ tätig (act. IIB 2/42, 2/43). Seither erzielt er ein Einkommen durch ... in ... (act. IIC 4/12 S. 12, 4/68).

Die D._____ meldete am 21. Dezember 2011 der Basler, der Versicherte habe in der Zeit von 1991 bis 1994 als ... in den ...gebieten von ... als Folge eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erlitten (act. IIB 2/1). Es erfolgten Abklärungen und die Basler erbrachte gesetzliche Leistungen. Sie holte ferner Berichte der behandelnden Ärzte (act. IIB 3/1, 3/2, 3/9-3/11, 3/15, 3/20) ein; weiter veranlasste sie eine Begutachtung durch Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (psychiatrisches Gutachten vom 22. März 2012; Akten der Basler, act. IIC 4/7) sowie eine psychiatrisch-psychologische Beurteilung durch Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ... und dipl.-psych. I._____, klinische Psychologin, vom 15. Juni 2012 (act. IIC 4/11) und eine psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. H._____ vom 8. Januar 2013 (act. IIC 4/14). Weiter veranlasste sie eine Begutachtung durch Prof. Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychosomatik SAPP (psychiatrisches Gutachten vom 27. Juli 2014; act. IIC 4/34).

Am 27. November 2014 verfügte die Basler die Einstellung der Taggelder und Heilbehandlungen per 31. Juli 2014. Die Ausrichtung einer UV-Rente lehnte sie ab und legte den Ausbruch der Berufskrankheit auf den 1. Januar 1994 fest (act. IIC 5/8). Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch K._____, ..., Einsprache und stellte sinngemäss ein Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung bzw. verlangte eine Entschädigung von Fr. 500.-- für die Einsprache (act. IIC 5/38). Mit Entscheid vom 3. Februar 2015 wies die Basler die Einsprache ab. Als Datum für den Ausbruch der Berufskrankheit statuierte sie den 14. Dezember 2010. Weiter wies sie das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung ab (act. IIC 5/42).

B.

Am 5. März 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw B._____, Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. Februar 2015 sei aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, über den 1. August 2014 hinaus
 - a. die Kosten der notwendigen Behandlungen des Beschwerdeführers (insbesondere den stationären Aufenthalt in der Klinik L._____) zu übernehmen und
 - b. dem Beschwerdeführer Taggelder auszurichten.
2. Eventualiter: Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. Februar 2015 sei aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, ein medizinisches Obergutachten einzuholen.
3. Subeventualiter: Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. Februar 2015 sei aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer eine Rente auszurichten.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Der Beschwerdeführer beanstandet das Gutachten von Prof. Dr. med. J._____; es sei nicht schlüssig und erfülle die Anforderungen der Rechtsprechung nicht. Der Beschwerdegegnerin gelinge es nicht zu beweisen, dass die einmal gegebene und von ihr anerkannte Kausalität weggefallen sei. Sollte ein Endzustand angenommen werden und auf das Gutachten von Prof. Dr. med. J._____ abgestellt werden, so wäre der Grad der Erwerbsunfähigkeit zu bestimmen; die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, einen Einkommensvergleich vorzunehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Juli 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. C. _____, die Abweisung der Beschwerde.

In der Replik vom 22. September 2015 – eingereicht zusammen mit einem Bericht der psychiatrischen Klinik M. _____ des Spitals N. _____ vom 16. März 2015 (Beschwerdebeilage [BB], act. I 16) und einem Bericht der Klinik L. _____, ..., ..., vom 6. Juli 2015 (act. I 14) – und der Duplik vom 14. Dezember 2015 – eingereicht zusammen mit einer Stellungnahme des Gutachters Prof. Dr. med. J. _____ vom 11. November 2015 (act. IID 1) – haben die Parteien an den Anträgen festgehalten.

In der Stellungnahme vom 4. Februar 2016 hat der Beschwerdeführer die Rechtsbegehren ergänzt und beantragt unter „Subeventualiter“ zusätzlich zu einer Rente die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung. Er kritisiert die Stellungnahme des Gutachters vom 11. November 2015; dieser beziehe darin deutlich Partei, weshalb dem Gutachten kein erhöhter Beweiswert zukomme. Zudem sei in Modifikation des Eventualbegehrens ein Obergutachten durch das Gericht anzuordnen.

Nachdem der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 23. Februar 2016 beantragt hat, es sei ihm die Gelegenheit zu einer Stellungnahme zu geben, hat ihn der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 29. Februar 2016 angewiesen, sich bei einer allfälligen Stellungnahme – soweit überhaupt nötig – auf kurze Schlussbemerkungen zu beschränken.

In der Stellungnahme vom 23. März 2016 hat sich die Beschwerdegegnerin nochmals zum Gutachten von Prof. Dr. med. J. _____ sowie zu den Gutachten der Dres. med. G. _____ und H. _____ und der diagnostizierten PTBS geäußert. Weiter hat sie festgehalten, es sei nicht nur das Vorliegen einer PTBS nachzuweisen, sondern auch, dass diese Störung mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht sei, was hier nicht erstellt sei. Weiter hat sie ihr Schreiben an Prof. Dr. med. J. _____ vom 1. Oktober 2015 zu den Akten gegeben (act. IID 2).

In der Stellungnahme vom 15. April 2016 hat der Beschwerdeführer die bisherigen Ausführungen bestätigt und die Vorbringen der Gegenpartei bestritten.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde – unter Vorbehalt nachfolgender Erwägungen – einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid der Basler vom 3. Februar 2015 (act. IIC 5/42). Streitig und zu prüfen ist die Einstellung von Taggeldern und Heilungskosten per 31. Juli 2014 sowie die Ablehnung des Anspruchs auf eine Rente der Unfallversicherung.

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt

es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1). Soweit der Beschwerdeführer in der Stellungnahme vom 4. Februar 2016 die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung beantragt, ist darauf mangels Anfechtungsgegenstand nicht einzutreten.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]).

2.1.1 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.1.2 Rechtsprechung und Lehre haben schreckbedingte plötzliche Einflüsse auf die Psyche als Einwirkung auf den menschlichen Körper im Sinne des Unfallbegriffs (Art. 4 ATSG) anerkannt und für ihre unfallversicherungsrechtliche Behandlung besondere Regeln entwickelt. Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit vermögen nur aussergewöhnliche Schreckereignisse, die mit einem ausserordentlichen psychischen Schock verbunden sind, zu erfüllen. Die seelische Einwirkung muss durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart der versicherten Person sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer überraschenden Heftig-

keit geeignet sein, auch bei einem gesunden Menschen durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen (wie Lähmungen, Herzschlag etc.) hervorzurufen, wobei gemäss Rechtsprechung jedoch auf eine „weite Bandbreite“ von versicherten Personen abzustellen ist (BGE 129 V 177 E. 2.1 S. 179; SVR 2014 UV Nr. 25 S. 86 E. 6.1).

Es handelt sich dabei um Ereignisse – wie 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. Aus diesem Grund erweist sich in solchen Fällen auch die analoge Anwendung der in BGE 115 V 133 entwickelten Adäquanzkriterien als ungeeignet (SVR 2014 UV Nr. 25 S. 86 E. 6.1, 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.1).

An den Beweis der Tatsachen, die das Schreckereignis ausgelöst haben, an die Aussergewöhnlichkeit dieses Ereignisses sowie den entsprechenden psychischen Schock sind strenge Anforderungen zu stellen. Nach der Rechtsprechung 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 (SVR 2014 UV Nr. 25 S. 86 E. 6.1).

2.1.3 Als Berufskrankheiten gelten gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG Krankheiten (vgl. Art. 3 ATSG), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt eine Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Gestützt auf diese Delegationsnorm und Art. 14 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) hat der Bundesrat in Anhang 1 zur UVV eine Liste der schädigenden Stoffe und der arbeitsbedingten Erkrankungen erstellt. Nach der Rechtsprechung ist eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle anderen mitbeteiligten Ursachen,

mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen (BGE 133 V 421 E. 4.1 S. 425, 119 V 200 E. 2a S. 200; SVR 2011 UV Nr. 5 S. 17 E. 2.2; Entscheid des BGer vom 6. November 2014, 8C_429/2013, E. 5.1 f.).

Gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG gelten als Berufskrankheiten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Diese Generalklausel bezweckt, allfällige Lücken zu schliessen, die dadurch entstehen können, dass die bundesrätliche Liste gemäss Anhang 1 zur UVV entweder einen schädlichen Stoff, der eine Krankheit verursachte, oder eine Krankheit nicht aufführt, die durch die Arbeit verursacht wurde. Nach der Rechtsprechung ist die Voraussetzung des "ausschliesslichen oder stark überwiegenden" Zusammenhangs erfüllt, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist. Dabei ist grundsätzlich in jedem Einzelfall Beweis darüber zu führen, ob die geforderte stark überwiegende (mehr als 75 %ige) bis ausschliessliche berufliche Verursachung vorliegt (BGE 126 V 183 E. 2b S. 186 und E. 4b S. 189, 119 V 200 E. 2b S. 201; SVR 2010 UV Nr. 11 S. 45 E. 3). An die Annahme einer Berufskrankheit sind relativ strenge Anforderungen zu stellen. Verlangt wird, dass die versicherte Person für eine gewisse Dauer einem typischen Berufsrisiko ausgesetzt ist. Die einmalige gesundheitliche Schädigung, die gleichzeitig mit der Berufsausübung eintritt, genügt nicht. Für die Beurteilung der Exposition (oder Arbeitsdauer) ist die gesamte ausgeübte Berufstätigkeit zu berücksichtigen (BGE 126 V 183 E. 2b S. 186; SVR 2007 UV Nr. 27 S. 91 E. 2).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

2.2.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.3 Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor. In gleichem Sinne ist auch hin-

sichtlich der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden zu entscheiden. Danach kann der Unfallversicherer trotz vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die Adäquanz verneinen und gestützt hierauf die Leistungen ex nunc einstellen. Nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ging vorliegend nicht von einem Schreckereignis aus, denn einerseits ist keine Anknüpfung an ein bestimmtes Ereignis möglich und andererseits besteht nach der Rechtsprechung die übliche und einigermaßen typische Reaktion erfahrungsgemäss darin, dass zwar eine Traumatisierung stattfindet, diese aber vom Opfer in aller Regel innert einiger Wochen oder Monate überwunden wird (E. 2.1.2 hier-vor). Vielmehr prüfte sie den Sachverhalt als Berufskrankheit gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG (E. 2.1.3 hiervor), was nachfolgend zu überprüfen ist. Eine solche läge vor, wenn sie ausschliesslich oder stark überwiegend, d.h. mindestens zu 75 %, durch die berufliche Tätigkeit, hier die Arbeit als „...“ für die D. _____ in den Jahren 1991 bis 1994 in ... und ... und von 1995 bis 1999 in ... (act. IIB 2/16-2/18, 2/23, 3/1; act. IIB 4/7 S. 9 f., 4/34 S. 32 ff.), verursacht worden wäre. Es ist hier somit im Rahmen einer Kausalitätsprüfung strittig, ob der Beschwerdeführer – nachdem Leistungen erbracht wurden – über den 31. Juli 2014 hinaus an den Folgen einer Berufskrankheit leidet, die ihm die Ausübung einer zumutbaren Tätigkeit verunmöglicht und welche die Behandlung durch psychiatrische Fachärzte als notwendig erscheinen liessen (vgl. act. IIC 5/42 S. 2 Ziff. II 1).

3.2 Bezüglich des medizinischen Sachverhalts ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Bericht vom 16. Dezember 2010 (act. IIB 3/1) diagnostizierte PD Dr. med. O. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Spital N. _____, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F:43.1) und eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.1). In der Folge der Erlebnisse mit Lebensbedrohung während der ...- bzw. ... durch den Beschwerdeführer in den Jahren 1991 bis 1994 in ... und ... habe er eine verzögerte PTBS und Depression entwickelt. Gemäss dem Golden-standard der PTBS-Diagnostik (Clinician-Administered-PTSD-Scale; CAPS) zeigten sich die PTBS-Symptome mit

einem Gesamtscore von 80, was einer extrem schweren PTBS-Symptomatik entspreche. Bezüglich der PTBS-spezifischen Symptomatik hielt der Arzt fest, der Beschwerdeführer sei während seiner Tätigkeit als ... während einiger ...erlebnisse bei Leib und Leben bedroht gewesen. Er habe Wiedererlebenssymptome gezeigt in Form von ungewollten Erinnerungen, Alpträumen und Handlungen. In Triggersituationen zeigten sich psychophysische Symptome. Er vermeide Trigger, z.B. ertrage er keine Popmusik im Radio, diese erinnere ihn an Oft fühle er sich emotional betäubt, zeige verminderte Aktivität und Interessen. Er leide an Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und übermässiger Wachsamkeit. Gelegentlich bemerke er auch eine übertriebene Schreckreaktion. Die Symptomatik habe mit Verzögerung begonnen; erst nachdem er aus der Belastungssituation der ... gewesen sei, seien erste Symptome aufgetreten. Die Symptomatik dauere nun seit vielen Jahren an. Es müsse aufgrund des klinischen Eindrucks und des CAPS-Interviews von einer chronischen extrem schweren PTBS mit verzögertem Beginn ausgegangen werden (act. IIB 3/1).

3.2.2 Im Bericht von 29. August 2011 (act. IIB 3/2) – nach Vorgespräch und Befunderhebung – diagnostizierten die Psychologen der Klinik L._____ eine PTBS (ICD-10 F43.1) und eine mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Es kämen seit Jahren regelmässig Bilder der ...erlebnisse in sein Bewusstsein, ohne dass der Beschwerdeführer darüber Kontrolle ausüben könne. Für die Symptomatik gebe es einige spezifische, jedoch auch eine Vielzahl unspezifischer und nicht näher benennbarer Auslöser (sog. „Trigger“). Die Symptomatik gehe für den Beschwerdeführer mit einem hohen Leidensdruck, nicht zuletzt aufgrund deren Unkontrollierbarkeit, einher. Es sei eine traumaspezifische psychosomatische Behandlung dringend indiziert.

3.2.3 Im Gutachten vom 22. März 2012 (act. IIC 4/7) stellte Dr. med. G._____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Diagnosen einer PTBS (ICD-10 F43.1) mit leicht- bis mittelgradiger depressiver Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.01 bzw. F32.11) und Alkoholabusus (ICD-10 F10.1; S. 27 Ziff. 4). Der Gutachter erachtete die Grundvoraussetzung einer PTBS erfüllt. Diese entstehe als eine verzögerte oder protrahier-

te Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischen Ausmasses (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würden. Es seien typische Merkmale aufgetreten wie das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Auch wenn der Beschwerdeführer ziemlich abgeschieden lebe, werde er in der Nacht von Alpträumen, aber auch tagsüber völlig unerwartet und immer wieder überraschend, getriggert von Wäscheleinen, hügeligen Landschaften, Geräuschen oder Hunden usw., ohne dass er dies kontrollieren könne, ins Trauma rein versetzt (S. 22). Der Gutachter ging davon aus, dass die Pathologie spätestens seit März 1999 vorliege, in den Jahren 1991 bis 1994 ihren Anfang genommen habe und wahrscheinlich schon damals manifest gewesen sein dürfte (S. 23). Auch sei davon auszugehen, dass nicht ein Trauma, sondern im Sinne einer sequentiellen Traumatisierung mehrere Traumata im Zeitraum ab 1991 bis 1999 vorliegen dürften (S. 23). Der Gutachter bejahte den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den ...erlebnissen bzw. den in ... erlittenen psychischen Traumata und der heutigen Befundlage (S. 24 oben). Er attestierte eine erhaltene Arbeitsfähigkeit von 30 % in einer angepassten Tätigkeit; denkbar seien Gartenarbeiten, Bürotätigkeiten, auch ... Tätigkeiten, aber losgelöst vom ... Kontext (S. 26 oben). Es sei durch die weitere psychiatrische Behandlung eine wesentliche Besserung zu erwarten (S. 28 Ziff. 8.3).

3.2.4 In der psychiatrisch-psychologischen Beurteilung vom 15. Juni 2012 (act. IIC 4/11) hielten Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und dipl. psych. I. _____ fest, es gebe keinen Anlass an der Verlässlichkeit der Aussagen im Gutachten von Dr. med. G. _____ zu zweifeln. Das Gutachten könne als medizinische Grundlage herangezogen werden (S. 3 Ziff. 1). Die Kriterien für die Diagnose einer PTBS seien erfüllt. Anlass zu Fragen könnte höchstens die späte Schadenmeldung geben. Es sei jedoch zu beachten, dass sie nicht mit dem Be-

ginn der Symptomatik übereinstimme. Anlass für die Schadenmeldung sei ein akuter Einbruch im Herbst 2010 gewesen, der den Beschwerdeführer schliesslich auch veranlasst habe, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Umstand, dass er zwischen 2003 bis 2005 als ... und von August 2005 bis 2006 eine Tätigkeit bei P._____ in ... angenommen habe, entspreche geradezu klassisch den Verhaltensweisen, die auch andere Menschen mit chronischer PTBS berichten würden; der Beschwerdeführer selbst habe dies als „selbstgebastelte Konfrontation“ charakterisiert (S. 3 Ziff. 2). In der psychiatrischen Beurteilung vom 8. Januar 2013 (act. IIC 4/14 S. 2) führte Dr. med. H._____ bezüglich der Frage, wann die Berufskrankheit ausgebrochen sei, aus, dies sei nicht eine Frage des medizinischen Sachverhalts, sondern eine rechtliche Frage: gelte die Berufskrankheit als ausgebrochen zu dem Zeitpunkt, zu dem erstmals manifeste Symptome einer eindeutigen psychischen Störung aufgetreten seien, so sei dies der Zeitraum zwischen 1991 und 1994. Gelte als Ausbruch der Berufskrankheit die erste Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, so sei dies der Dezember 2010.

3.2.5 Im Bericht vom 20. August 2012 – gestützt auf einen stationären Aufenthalt vom 5. Juni bis 16. August 2012 – (act. IIB 3/9) diagnostizierten die behandelnden Ärzte und Psychologen der Klinik L._____, eine PTBS Typ II (ICD-10 F43.1), eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.1) und eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0). Sie hielten fest, dass es dem Beschwerdeführer im Laufe der Therapie gut gelungen sei, erlernte hilfreiche Techniken zu nutzen, um angstbesetzte Situationen erfolgreich zu bewältigen (S. 14). Es werde eine stationäre Intervalltherapie ab Januar 2013 für notwendig und hilfreich erachtet. In der Behandlungspause solle er die vermittelten Techniken selbstständig anwenden (S. 17). Die Leistungsfähigkeit sei derzeit stark beeinträchtigt (Belastung durch Schlaf- und Konzentrationsstörungen, S. 18). Im Bericht vom 21. März 2013 – gestützt auf eine weitere stationäre Behandlung vom 9. Januar bis 13. März 2013 (act. IIB 3/11) – hielten die Behandelnden fest, die Therapieziele seien weitgehend erreicht worden; das Ziel der Öffnung gegenüber der Partnerin und Freunden könne sich erst in der Erprobung im heimatlichen Umfeld zeigen. Die durch Schuldgefühle und kompensatorische Strategien bewirkte Zurückhaltung und Verslossenheit sollte nahe-

stehende Menschen vor Belastung schützen. Der vollständige Abbau der depressiven Symptomatik und die Verbesserung in allen Problembereichen könnten als Voraussetzung und förderlich für die erfolgreiche Umsetzung der Aufgaben in der Therapiepause angesehen werden (S. 17). Es werde eine etwa sechsmonatige psychotherapeutische Behandlungspause empfohlen (S. 18). Im Bericht vom 26. November 2013 – gestützt auf die stationäre Behandlung vom 19. September bis 21. November 2013 (act. IIB 3/18) – hielten die behandelnde Ärztin und die Psychologen fest, die Traumatherapie habe erfolgreich abgeschlossen werden können; die depressive Symptomatik sei rückläufig. Durch die Traumaverarbeitung sei es fast zum vollständigen Abbau von Intrusionen, Flashbacks und dissoziativen Zuständen gekommen. Diese seien zuletzt einmalig während der Konfrontation in einem ehemaligen ...gebiet (...) aufgetreten. Alpträume von ...erlebnissen beständen sehr selten, dann jedoch im Zusammenhang mit einer vorher bedrohlich erlebten Situation. Vermeidungsverhalten habe der Beschwerdeführer abbauen können (S. 17). Er sei für die letzte Tätigkeit als ... und ... arbeitsunfähig (S. 18). In welchem Ausmass eine zukünftige Tätigkeit möglich sein werde, sei zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht einzuschätzen und sollte nach vollständigem Abklingen der depressiven Symptome erfolgen (S. 19).

3.2.6 Der Gutachter Prof. Dr. med. J. _____ stellte am 27. Juli 2014 als Diagnosen einen Verdacht auf Anpassungsstörung mit gewissen Hinweisen auf leichte affektive Symptome, am ehesten im Sinne einer depressiven Störung (ICD-10 F43.20) bei dokumentierten relevanten psychosozialen Belastungen namentlich: Finanziellen Problemen (niedriges Einkommen; ICD-10 Z59.6), versicherungsrechtlichen Unklarheiten (ICD-10 Z65.3) und partnerschaftlichen Problemen (ICD-10 Z63.0; act. IIC 4/34 S. 76 Ziff. 2). Es ergäben sich in den aktuellen Untersuchungen anamnestisch und im Psychostatus keine Hinweise auf ein ins Gewicht fallendes affektives Syndrom. Es sei zwar nicht ausgeschlossen, dass der Beschwerdeführer unter leichten Symptomen einer Anpassungsstörung zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchungen gelitten habe. Doch lasse sich eine solche Störung aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse höchstens verdachtsweise annehmen, jedoch nicht bestätigen. Für die Annahme einer leicht ausgeprägten Anpassungsstörung am ehesten mit Symptomen, die im

Rahmen der Depression aufträten, würden auch die bereits im Vorfeld der dritten Hospitalisation in der Klinik L. _____ vorhandenen Belastungen sprechen (S. 74 oben). Zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung bzw. auch zum Zeitpunkt der Entlassung aus der letzten Hospitalisation (November 2013) könne keine psychische Störung mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden. Die verdachtsweise anzunehmende Anpassungsstörung mit allerhöchstens gewissen Hinweisen auf leichte Symptome am ehesten im depressiven Spektrum, führe nicht zur Beeinträchtigung von psychischen Funktionen, welche eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bedinge. Dennoch würde eine forcierte Rückkehr in die Tätigkeit, die der Beschwerdeführer bei der D. _____ ausgeübt habe, vermutlich zu einer Gegenreaktion führen (S. 75 oben). Es werde hier nicht vertreten, dass der Beschwerdeführer im Verlauf keine psychischen Probleme aufgewiesen habe, auch solche, die zu einer PTBS gehören könnten, was Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gehabt haben könnte. Die Grundlage der psychischen Störung im Verlauf müsse allerdings in psychosozialen Belastungen gelegen haben und die Erfassung dieser verschliesse sich und sei in der momentanen Situation auch nicht mehr möglich (S. 75 unten). Weder zum Beginn noch zum Verlauf der gemäss Akten diagnostizierten psychischen Störung könne etwas Konkretes ausgesagt werden (S. 76 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer sei als ... (ausser als ... bei der D. _____) vollständig arbeitsfähig (S. 76 f. Ziff. 6).

3.2.7 Im Bericht vom 16. März 2015 (act. I 14) diagnostizierten die Ärzte der psychiatrischen Klinik M. _____, Spital N. _____, eine PTBS (ICD-10 F43.1), dissoziativer Subtyp und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.1). In der diagnostischen Beurteilung hielten sie fest, die Beschwerden seien in den letzten Monaten exazerbiert, ausgelöst durch die Trennung von seiner Lebensgefährtin und einer Wiederbegegnung mit seinen Schicksalsgenossen (... während der ...) sowie durch versicherungsrechtliche Konflikte.

3.2.8 Im Bericht vom 6. Juli 2015 – gestützt auf einen stationären Aufenthalt vom 19. Mai bis 16. Juni 2015 – diagnostizierten die Ärzte der Klinik L. _____ eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) und eine Hypothyreose (ICD-10 E 03.9; act. I 16 S.

1). Die Therapiearbeit habe sich zunächst auf Stabilisierung und Verstehen der Ursachen und Auslöser der vorangegangenen Krise beschränkt. Der Beschwerdeführer habe trotz der Kürze vom Aufenthalt profitieren können. Er habe soweit stabilisiert werden können, dass er jetzt zuversichtlich sei, die Zeit zu Hause bis zur Wiederaufnahme managen zu können. Angesichts der weiterhin bestehenden Symptomatik erscheine die Weiterführung der traumaspezifischen Therapie dringend notwendig (act. I 16 S. 17).

3.2.9 In der Stellungnahme vom 15. November 2015 (act. IID 1) führte der Gutachter Prof. Dr. med. J. _____ aus, gemäss allen verfügbaren Informationen sei vor Dezember 2010 keine psychische Problematik nachgewiesen. Darauf basierend stelle sich die Frage, weshalb die potentiellen Trigger während der damaligen Tätigkeiten in ... und als ... nicht zu Symptomen einer PTBS geführt hätten, sondern die Symptomatik ohne einen Trigger erst Jahre nach den Traumatisierungen ausgebrochen sein solle (S. 2 unten). Weiter bestätigt der Gutachter nochmals, dass die Symptome einer PTBS nicht widerspruchlos belegt werden könnten (S. 7). Es handle sich im Gutachten vom 27. Juli 2014 (act. IIC 4/34) nicht um eine blosser Kritik der früheren ärztlichen Einschätzungen, sondern um in begründeter Weise aufgezeigte Hinweise auf diverse Inkonsistenzen, welche die Diagnose einer PTBS nicht widerspruchsfrei erscheinen liessen (S. 12). Der Hinweis, dass die psychosozialen Belastungen die Grundlage der psychischen Störungen im Verlauf bildeten, sei keinesfalls unerheblich. Das Scheidungsverfahren habe sich über vier Jahre hingezogen; es sei eine belastende Zeit für den Beschwerdeführer gewesen, wobei er über die Auswirkungen der damaligen Belastungen nichts Konkretes angebe. Bezüglich der Belastungen innerhalb der (letzten) partnerschaftlichen Beziehung werde auf den Bericht der Klinik L. _____ vom 26. November 2013 hingewiesen, wonach der Beschwerdeführer durch seine veränderte private Lebenssituation (Trennung von der Partnerin) deutlich beeinträchtigt und in der Therapiepause mit der Verarbeitung der bürokratischen und rechtlichen Klärung der veränderten Lebenssituation beschäftigt gewesen sei (S. 13).

3.3 Das Gutachten von Prof. Dr. med. J. _____ vom 27. Juli 2014 (act. IIC 4/34) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an ärztliche Berichte. Der Gutachter hatte Kenntnis der Akten (S. 2 ff.), berücksichtigte

die Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchungen (S. 31 ff.), nahm Testuntersuchungen vor (S. 54 ff.) und setzte sich mit den Resultaten auseinander (S. 56). Die Beurteilung des Gutachters, dass in der Zeit unmittelbar nach Beendigung der Tätigkeit bei der D. _____ (S. 57), d.h. nach 1999 bis Dezember 2010, keine medizinischen Behandlungen erfolgten und somit keine fachkundige Auseinandersetzung mit den Beschwerden durchgeführt worden sei, ist mit Blick auf die Akten schlüssig. Der Gutachter setzt sich ausführlich mit der Frage auseinander, wann die Symptome einer PTBS laut den verschiedenen medizinischen Berichten tatsächlich aufgetreten sind (S. 61 ff.) und weist daraufhin, dass dieser Aspekt unterschiedlich verankert worden sei (S. 62 Mitte). Er stützt sich dabei auch auf die Angaben des Beschwerdeführers, wonach das im Jahr 2002 durchgeführte Assessment im Begutachtungsinstituts Q. _____ nicht wegen psychischer Probleme, sondern wegen Berufsorientierung im Sinne einer Berufsberatung erfolgt sei (S. 57). Nachvollziehbar sind auch seine Ausführungen, dass dieses Assessment im Bericht von PD Dr. med. O. _____ vom 16. Dezember 2010 nicht erwähnt worden ist, wäre doch bei sehr dramatischen und bedrängenden Symptomen im Rahmen einer PTBS im 2002 dies bei der Anamnese der Untersuchung vom 14. Dezember 2010 aufgenommen worden (S. 58 oben). Überzeugend ist die gutachterliche Schlussfolgerung, dass der Beschwerdeführer im 2002 zwar möglicherweise wegen psychischer Beschwerden zu 50 % arbeitsunfähig beurteilt wurde (S. 65 Mitte), dass jedoch bei Symptomen mit Hinweis auf eine PTBS dem Beschwerdeführer kaum eine Tätigkeit im ...bereich empfohlen worden wäre (S. 64 unten). Der Experte setzt sich auch mit den Berichten der behandelnden Fachpersonen (Ärzte, Psychologen) bezüglich der Befunde sowie der Diagnose einer PTBS auseinander (S. 58 ff.) und verweist auf Unstimmigkeiten und Inkonsistenzen (S. 59 unten S. 67 Mitte). Er hat überzeugend begründet, weshalb die erstmals von PD Dr. med. O. _____ diagnostizierte PTBS nicht zutrifft (S. 58 ff.). Er beanstandet u.a., dass psychosoziale Belastungen (Scheidung nach langjährigem Verfahren) im Bericht von PD Dr. med. O. _____ vom 16. Dezember 2010 (act. IIC 3/1) keine Erwähnung gefunden haben (S. 60). Es sei darin wie auch im Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 22. März 2012 (act. IIC 4/7) nicht diskutiert worden, ob allenfalls die Symptome der PTBS oder eine Nachfolgestörung zu ehelichen Problemen geführt haben, was hin-

sichtlich der Auswirkungen allfälliger psychischer Probleme von Bedeutung gewesen wäre (S. 60 Mitte). Der Gutachter weist überzeugend darauf hin, dass im Bericht vom 16. Dezember 2010 zwar mit Verzögerung aufgetretene, seit Jahren (ohne Angabe einer Zeitdimension) bestehende psychische Probleme erwähnt, diese inklusive der möglichen Einflussfaktoren jedoch nicht genau elaboriert worden seien (S. 61). Der Experte erwähnt, dass der Beschwerdeführer anlässlich seiner Untersuchung angegeben habe, nach der Tätigkeit im ... und in ... (2005/2006) keine spezifischen Symptome einer manifesten PTBS gehabt zu haben und dass er während seiner Tätigkeit in ... nicht explizit eine Triggerung der Symptome der PTBS angegeben habe. Die gutachterliche Beurteilung, es sei kaum anzunehmen, dass der Beschwerdeführer in ... nicht mit „Triggern“ konfrontiert worden sei (S. 62 oben), ist daher überzeugend. Auch bezüglich der Berichte der Klinik L._____, die auf einer längeren Beobachtungs- und Behandlungszeit beruhen, verweist der Gutachter nachvollziehbar auf deutliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen (S. 67 ff.): U.a. begründet er, weshalb am Ende der Behandlung die depressive Symptomatik verringert gewesen sei, was im Entlassungsbericht vom 22. August 2012 (act. IIB 3/9) in der Diagnose – mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom – jedoch nicht gewürdigt worden sei. Er hält überzeugend fest, dass solche eklatante Mängel kritische Fragen in Bezug auf den gesamten diagnostischen Prozess aufwerfen würden (S. 68). Nachvollziehbar ist auch seine Aussage, die Diagnose einer PTBS am Ende der Behandlung im Bericht vom 26. November 2013 bedeute – nach einer expliziten Erwähnung, es sei zum fast vollständigen Abbau von Intrusionen, Flashbacks und dissoziativen Zuständen gekommen – einen unauflösbaren Widerspruch (S. 72). Schlüssig ist die Beurteilung des Gutachters, es sei aufgrund der Akten anzunehmen, dass eine relevante psychische Störung bei der Beendigung der dritten Hospitalisation (November 2013) in der Klinik L._____ nicht mehr bestanden habe (S. 74 unten).

An der Schlüssigkeit des Gutachtens ändern auch der Bericht der psychiatrischen Klinik M._____, Spital N._____, vom 16. März 2015 (act. I 14) und der Bericht der Klinik L._____ vom 6. Juli 2015 (act. I 16) nichts. In der Stellungnahme vom 11. November 2015 (act. IID 1) hat der Gutachter Prof. Dr. med. J._____ sich damit befasst und u.a. darauf

hingewiesen, dass es sich dabei um die Beurteilung des psychischen Zustandes durch die behandelnden Ärzte und Psychologen handelt. Er kritisierte denn auch, dass in den Berichten keine vertiefte Anamnese und in diesem Zusammenhang auch keine Auseinandersetzung mit der Problematik der langen Latenzzeit – zwischen der Tätigkeit des Beschwerdeführers in den ...gebieten und der erstmals erfolgten Behandlung einer PTBS bzw. dem nicht genau festlegbaren erstmaligen Auftreten der Symptomatik – erfolgt sei. Es ist im Bericht der psychiatrischen Klinik M._____, Spital N._____, vom 16. März 2015 (act. I 14) zwar eine Verschlechterung der depressiven Episode (mittel- bis schwergradig) geltend gemacht worden. Diese Diagnose überzeugt jedoch nicht, denn Prof. Dr. med. J._____ beanstandet nachvollziehbar, dass nicht umgehend eine antidepressive Therapie durchgeführt worden sei (act. IID 1 S. 3). Eine weitere Behandlung erfolgte erst ab Mitte Mai 2015 in der Klinik L._____, wobei wie bereits in früheren Berichten eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wurde (act. I 16). Prof. Dr. med. J._____ verweist auch bezüglich des Berichts der Klinik L._____ vom 6. Juli 2015 (act. I 16) auf Inkonsistenzen und beanstandet das Fehlen einer medikamentösen Behandlung hinsichtlich der diagnostizierten PTBS (act. IID 1 S. 6 unten).

Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (Replik S. 8; vgl. auch act. I 15 S. 3) war der Gutachter Prof. Dr. med. J._____ in keiner Weise voreingenommen (vgl. auch act. IIC 5/21), es fehlen entsprechende Anhaltspunkte. Auch liegen keine Zweifel an der fachlichen Kompetenz des Gutachters vor. Soweit der Beschwerdeführer in der Stellungnahme vom 4. Februar 2016 (S. 3 unten) das Vorgehen der Beschwerdegegnerin beanstandet, bei Prof. Dr. med. J._____ eine Stellungnahme (act. IID 1) eingeholt zu haben, kann ihm nicht gefolgt werden. Es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer seinerseits den Bericht der psychiatrischen Klinik M._____, Spital N._____, vom 16. März 2015 (act. I 14) und den Bericht der Klinik L._____ vom 6. Juli 2015 (act. I 16) einreichte und dass sich Prof. Dr. med. J._____ in der Stellungnahme vom 15. November 2015 (act. IID 1) u.a. damit befasste. Daraus lässt sich nicht ableiten, dass sein Gutachten vom 27. Juli 2014 (act. IIC 4/34) im Beweiswert vermindert ist. Dem Beschwerdeführer wurde im Instruktionsverfahren zu dem Gelegentlich gegeben sich zur Stellungnahme des Gutachters zu äus-

sern. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs – soweit überhaupt geltend gemacht – wäre beim Gericht mit voller Kognition als geheilt zu erachten (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

Nach dem Dargelegten ist auf das schlüssige Gutachten von Prof. Dr. med. J. _____ vom 24. Juli 2014 (act. 4/34) abzustellen. Danach liegt keine PTBS vor, sondern – ohne Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit – ein Verdacht auf eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.1) mit gewissen Hinweisen auf leichte affektive Symptome, am ehesten im Sinne einer depressiven Störung (ICD-10 43.20) bei dokumentierten psychosozialen Belastungen (act. IIC 4/34 S. 76 Ziff. 2). Damit besteht kein relevanter Gesundheitsschaden. Die gesamte Beschwerdesymptomatik war im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Juli 2014 (vgl. act. IIC 5/8) „unfallfremd“. Weitere Abklärungen sind nicht durchzuführen, da hiervon keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4 Dass keine PTBS vorliegt, überzeugt auch aus nachfolgenden Gründen: Eine PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl., 2014, S. 207). ... Ereignisse sind grundsätzlich geeignet, zu einer PTBS zu führen, was nicht heisst, dass im vorliegenden Fall eine PTBS besteht bzw. entstanden ist. Zwar hielt sich der Beschwerdeführer von 1991 bis 1994 in ... bzw. in ... als ... auf und ... zudem von 1995 bis 1999 als ... aus ... über ... (mit Aufhalten in ...; act. IIC 4/34 S. 32), dabei habe er „ausserordentlich Schreckliches erlebt“ (act. IIC 4/34 S. 35; vgl. auch act. IIB 3/11 S. 16 [...]). Es steht jedoch fest, dass der Beschwerdeführer erstmals im Dezember 2010, d.h. über zehn Jahre danach, anlässlich einer Sprechstunde für Belastungsreaktionen (PTBS) angab, in Folge der Erlebnisse mit Lebensbedrohung (vor allem während der Jahre 1991 bis 1994 in ... und ...) unter psychischen Beschwerden zu leiden, wobei die Symptomatik mit Ver-

zögerung begonnen habe und seit vielen Jahren dauere (act. IIB 3/1). Die Diagnose einer PTBS und einer mittelgradigen depressiven Störung wurde erstmals im Dezember 2010 gestellt und danach sowohl von den behandelnden Ärzten und Psychologen der Klinik L. _____ (act. IIB 3/2, 3/9, 3/11, 3/18) wie auch vom Gutachter Dr. med. G. _____ und Dr. med. H. _____ wiederholt. Mit Blick auf das schlüssige Gutachten von Prof. Dr. med. J. _____ (act. IIC 4/34), welcher auf Inkonsistenzen und Diskrepanzen in den früheren Berichten und Gutachten verwiesen hat (act. IIC 4/34 S. 61 f. und S. 67 ff.), ist jedoch die Diagnose einer PTBS aufgrund der Befunde fraglich. Denn der Gutachter geht einerseits davon aus, dass im Verlauf der Jahre der Beschwerdeführer psychische Beschwerden (davon auch Symptome einer möglichen PTBS) gehabt haben könnte, er weist andererseits auch begründet auf psychosoziale Belastungssituationen hin (vierjähriges Scheidungsverfahren, Trennung von der neuen Partnerin), welche in früheren Berichten und Gutachten ungenügend berücksichtigt worden seien. Es konnte weder der Beginn noch der Verlauf der psychischen Beschwerden konkret eruiert werden (act. IIC 4/34 S. 76 Ziff. 5). Gemäss den Leitlinien (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a. O., S. 208) soll eine PTBS nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d.h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind unter F62.0 (andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung) zu klassifizieren (zur Definition und Latenzzeit vgl. auch Entscheid des BGer vom 26. Juni 2013, 9C_228/2013, E. 4.1.2). Letztere Diagnose wurde vorliegend nie gestellt. Gemäss Rechtsprechung ist zudem bei Unfällen zu beachten, dass bei psychischen Störungen die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs mit einem Unfall – was ebenso für eine Berufskrankheit analog zu gelten hat – entsprechend dem zeitlichen Abstand zwischen diesem und dem Auftreten von Symptomen einer psychogenen Gesundheitsstörung abnimmt, weil das Unfallerlebnis in der Regel mit der Zeit verarbeitet und verkräftet wird. Je grösser das zeitliche Intervall zwischen einem Unfall und dem Eintritt psychischer Störungen ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (SVR 2003 UV Nr. 12 S. 35 [U 78/02] E. 4.3.1 mit Hinweisen; Entscheid des Bundesgerichts vom

31. Juli 2008, 8C_531/2007, E. 3.3). Mit Blick auf das schlüssige Gutachten von Prof. Dr. med. J. _____ vom 27. Juli 2014 (act. IIC 4/34) ist nach der langen Latenzzeit und ohne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesenen Brückensymptomen eine PTBS im Sinne einer Berufskrankheit, ausschliesslich bzw. zu 75 % als Folge der Tätigkeit des Beschwerdeführers in den Jahren 1991 bis 1999 für die D. _____ nicht erstellt. Auf das Vorliegen einer PTBS beim Beschwerdeführer kann ebenso wenig aus allfälligen parallel aufgetretenen Fällen zweier ..., welche den Beschwerdeführer in den Jahren 1991 bis 1994 begleitet haben (Beschwerde S. 3 unten) geschlossen werden. Es liegen medizinische Fragen (Latenzzeit, Diagnose, Arbeits[un]fähigkeit) vor, die von den entsprechenden Fachpersonen zu beantworten sind, weshalb eine Befragung des damaligen Vorgesetzten und der ... vorliegend nicht dienlich wäre. Am Ergebnis ändert auch der vom Beschwerdeführer zitierte Entscheid des BGER vom 24. November 2015, 9C_195/2015, E. 3.3.3, nichts. Darin wird festgehalten, dass unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls sich die PTBS-Diagnose nicht von vornherein bloss aufgrund der Latenz verwerfen lasse. Es wird jedoch auch angemerkt, dass im Einzelfall angesichts einer langen Zeit von Ausbildung, Berufstätigkeit und Umschulung, von ausgeprägten sozialen Bezügen und Engagements, eines vielfältigen Freizeitverhaltens und schliesslich auch der langen Jahre ohne Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen gewisse Zweifel an einer PTBS-Diagnose angebracht sein können. Vorliegend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach 1999 weiterhin arbeitstätig war (als ..., in ... im 2005/2006 und durch Vermietung in ...) und dass er sich – trotz potentieller Trigger während der Tätigkeit als ... und in ... (vgl. act. IID 1 S. 2) – erst im Dezember 2010 wegen psychischer Beschwerden in Form von angegebenen Intrusionen, Flashbacks usw. medizinisch behandeln liess. Der Gutachter geht deshalb überzeugend nicht vom Vorhandensein von Brückensymptomen und damit einer PTBS in Folge der Ereignisse von 1991 bis 1999 aus. An diesem Ergebnis ändert mit Blick auf die Rechtsprechung (E. 2.3 hier vor) auch der Umstand nichts, dass die Beschwerdegegnerin bis Ende Juli 2014 Leistungen erbrachte, denn diese werden von ihr nicht zurückgefordert (act. IIC 5/42).

3.5 Da kein kausal auf eine Berufskrankheit oder ein sonstiges durch die Beschwerdegegnerin als früheren Unfallversicherer versichertes Beschwerdebild mit Krankheitswert (act. IIC 4/34 S. 77 Ziff. 8.1) besteht, erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus rein UV-rechtlicher Sicht mit Blick auf die verneinte Kausalität weiterhin eine ... Tätigkeit ausüben könnte (act. IIC 4/34 S. 76 Ziff. 6); daran ändert nichts, dass die Tätigkeit eines ... auch vom Gutachter Prof. Dr. med. J. _____ ausdrücklich nicht empfohlen wird. Es liegen keine Hinweise vor, dass er die Arbeit bei der D. _____ aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben hat (act. IIB 2/16; vgl. auch act. IIC 4/34 S. 33 oben).

3.6 Damit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid der Basler vom 3. Februar 2015 (act. IIC 5/42), mit welchem die Leistungen per 31. Juli 2014 eingestellt wurden, als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers

- lic.iur. Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.