

200 17 675 UV  
KNB/SCC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. April 2020**

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

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Basler Versicherung AG**  
vertreten durch Rechtsanwalt D. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

betreffend Bundesgerichtsentscheid vom 6. Juli 2017 (Rückweisung an  
Vorinstanz / UV/2015/235)



## Sachverhalt:

### A.

Der 1957 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war vom 1. Januar 1981 bis 31. März 2000 als ... für das C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Arbeitgeber) tätig und dadurch bei der Basler Versicherung AG (nachfolgend Basler) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert (UV/2015/235, Akten der Basler [act.] IIB 2/16). Im Rahmen seiner Tätigkeit arbeitete der Versicherte von Juni 1990 bis Februar 1995 als ... mit Spezialgebiet ... und von März 1995 bis März 2000 als ... in ... (UV/2015/235, act. IIB 2/16-2/18, 2/23). Zudem war er von Januar 2003 bis Januar 2005 in einem Pensum von 60 % als ... für den Einsatz in ... des Kantons ... für die E.\_\_\_\_\_ AG und von August 2005 bis April 2006 für das F.\_\_\_\_\_ tätig (UV/2015/235, act. IIB 2/33-2/40, 2/42, 2/43). Seither erzielt er ein Einkommen durch Vermieten eines Ferienhauses in der ... (UV/2015/235, Akten der Basler [act.] IIC 4/68).

Mit Schadenmeldung UVG vom 21. Dezember 2011 meldete der ehemalige Arbeitgeber der Basler eine Berufskrankheit an, da der Versicherte im Rahmen seiner Tätigkeit als ... aus den ... Gebieten eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erlitten habe (UV/2015/235, act. IIB 2/1). Die Basler erbrachte die gesetzlichen Leistungen und holte Berichte der behandelnden Ärzte, ein Gutachten des Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. März 2012 (UV/2015/235, act. IIC 4/7), eine psychiatrisch-psychologische Beurteilung durch Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Dipl.-Psych. I.\_\_\_\_\_, klinische Psychologin, vom 15. Juni 2012 (UV/2015/235, act. IIC 4/11) sowie eine ergänzende psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2013 (UV/2015/235, act. IIC 4/14) ein. Gestützt auf das im Weiteren eingeholte Gutachten des Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik SAPP (psychiatrisches Gutachten vom 27. Juli 2014; UV/2015/235, act. IIC 4/34) stellte die Basler mit Verfügung vom 27. November 2014 die Leistungen für Taggelder und Heilbehandlung per 31. Juli 2014 ein und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente

(UV/2015/235, act. IIC 5/8), was sie mit Einspracheentscheid vom 3. Februar 2015 bestätigte (UV/2015/235, act. IIC 5/42). Mit Urteil vom 13. Dezember 2016 (UV/2015/235) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern die dagegen erhobene Beschwerde ab, soweit darauf einzutreten war. Die hiergegen erhobene Beschwerde hiess das Bundesgericht mit Entscheidung vom 6. Juli 2017 (8C\_73/2017) teilweise gut und wies die Sache zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurück. Im Übrigen wies das Bundesgericht die Beschwerde ab.

## **B.**

Mit Verfügung vom 14. September 2017 brachte der Instruktionsrichter den Parteien zur Kenntnis, das Verfahren UV/2015/235 werde unter der Verfahrensnummer UV/2017/675 weitergeführt und es werde ein Gerichtsgutachten eingeholt (Gerichtsakten 18 f.).

Mit Verfügung vom 13. Oktober 2017 teilte der Instruktionsrichter den Parteien mit, er beabsichtige Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Begutachtung zu beauftragen und unterbreite ihnen den Fragenkatalog (einen finalen Frageblock entsprechend BGE 141 V 281 gemäss damaligem IV-Rundschreiben Nr. 339 und einen Frageblock zur Kausalität/Ursächlichkeit). Die Parteien erhielten dazu das rechtliche Gehör (Gerichtsakten 20 ff.).

In der Eingabe vom 7. November 2017 erhob der Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, keine Einwendungen formeller Natur im Sinne von Ausstandsgründen; hingegen beanstandete er eine fehlende Spezialkompetenz bzw. Sachkenntnis des Gutachters und schlug PD Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Gutachter vor. Weiter beantragte der Beschwerdeführer, die Frage nach der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei dem finalen Frageblock voranzustellen (Gerichtsakten 28 ff.).

Gleichentags warf die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt D.\_\_\_\_\_, die Frage nach der genügenden Erfahrung des Gutachters in

diesem Bereich auf und beantragte, in Bezug auf allfällige angepasste Tätigkeiten sei zu ergänzen „...u.a. an die Tätigkeit als ... einer grösseren ..., ..., ...- und ... und als ...“ (Gerichtsakten 32 ff.).

Mit Verfügung vom 21. November 2017 hielt der Instruktionsrichter an Dr. med. K. \_\_\_\_\_ als Gutachter fest und wies den Antrag des Beschwerdeführers, die Frage nach einer bestimmten Diagnose dem finalen Frageblock voranzustellen, ab. Die Erweiterung der beispielhaft aufgezählten möglichen Verweistätigkeiten erschien ihm sinnvoll (Gerichtsakten 35 f.).

Den Antrag des Beschwerdeführers vom 27. November 2017, es sei ein neuer gerichtlicher Gutachter zu bestimmen, da Dr. med. K. \_\_\_\_\_ durch die Zustellung der richterlichen Verfügung negativ beeinflusst worden sei und er sein Gutachten nicht mehr ergebnisoffen erstellen könne (Gerichtsakten 40 f.), wies der Instruktionsrichter mit Verfügung vom 4. Dezember 2017 ab und erteilte Dr. med. K. \_\_\_\_\_ den Gutachtensauftrag (Gerichtsakten 44 f.). Die hiergegen erhobene Beschwerde des Beschwerdeführers (Gerichtsakten 49 ff.) wies das Bundesgericht mit Entscheid vom 27. April 2018 (8C\_896/2017) ab, soweit es darauf eintrat (Gerichtsakten 59 ff.).

Mit Verfügung vom 12. Juni 2018 wurden die Begutachtungstermine – nach telefonischer Rücksprache mit der Praxis von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ – auf den 22. August und 3. September 2018 festgesetzt.

Dr. med. K. \_\_\_\_\_ reichte das psychiatrische Gerichtsgutachten vom 19. Oktober 2018 ein.

Mit Eingaben vom 4. Dezember 2018 und 5. Februar 2019 nahmen die Parteien Stellung zum Gutachten. Der Beschwerdeführer reichte dazu eine Stellungnahme von PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2019 (vgl. act. IA 1) ein und beantragte, es sei ein psychiatrisches Obergutachten in Auftrag zu geben; eventuell sei der Gutachter Dr. med. K. \_\_\_\_\_ zu ersuchen, zur „Gutachtensüberprüfung“ durch PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ Stellung zu nehmen.

Mit Verfügung vom 29. März 2019 gab der Instruktionsrichter den Parteien Kenntnis der jeweiligen Stellungnahme der Gegenpartei und ersuchte Dr.

med. K. \_\_\_\_\_ zu den medizinischen Ausführungen von PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ Stellung zu nehmen.

Zur Stellungnahme des Gerichtsgutachters Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019 äusserten sich die Parteien am 14. Juni 2019.

Mit Verfügung vom 18. Juni 2019 schloss der Instruktionsrichter das Beweisverfahren und die Parteien erhielten nochmals Gelegenheit, zu den jeweiligen Eingaben der Gegenpartei vom 14. Juni 2019 Stellung zu nehmen, was die Beschwerdegegnerin am 3. Juli 2019 und der Beschwerdeführer am 5. Juli 2019 wahrnahmen. Auch in den Schlussbemerkungen vom 21. und 22. August 2019 sowie 20. September 2019 hielten die Parteien weiter an ihren Anträgen fest.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 Abs. 2 ATSG; UV/2015/235, Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3). 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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist – unter Vorbehalt der nachfolgenden Erwägungen – auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet weiterhin der Einspracheentscheid vom 3. Februar 2015, worin die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen und die Leistungen für Heilbehandlungen per 31. Juli 2014 einstellte sowie einen Anspruch auf eine UV-Rente wegen Berufskrankheit verneinte (vgl. UV/2015/235, act. IIC 5/42). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung (Taggeldleistungen, Heilungskosten und/oder Rente) nach dem 31. Juli 2014 hat.

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 Sachurteils Voraussetzung, 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 die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung beantragt (Stellungnahme vom 4. Februar 2016; Gerichtsakten im Verfahren UV/2015/235, S. 128), 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**

**2.1.1** Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom

20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

**2.1.2** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG).

## **2.2**

**2.2.1** 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 UVV 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 Bundesgerichts [BGer] vom 6. November 2014, 8C\_429/2013, E. 5.1 f.).

**2.2.2** 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 Berufskrank-

heit 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. 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 und E. 4b S. 189, 119 V 200 E. 2b S. 201; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 91 E. 2.2).

**2.3** Liegt eine Berufskrankheit vor, so ist die Unfallversicherung auch für die weiteren Folgen dieser Krankheit leistungspflichtig, wenn zwischen der Berufskrankheit und diesen weiteren Folgen ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ein qualifizierter Kausalzusammenhang ist diesbezüglich nicht notwendig. Es genügt, wenn der natürliche Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist und der adäquate Kausalzusammenhang – soweit er separat zu prüfen ist – vorliegt. Da die Berufskrankheit bereits feststeht, ist auch im Anwendungsbe- reich der Generalklausel nicht erforderlich, dass die Folgen ausschliesslich oder stark überwiegend durch die Berufskrankheit verursacht wurden (THOMAS FLÜCKIGER, in HÜRZELER/KIESER [Hrsg.], Kommentar zum schwei- zerischen Sozialversicherungsrecht, UVG – Bundesgesetz über die Unfall- versicherung, 2018, Art. 9 N. 55; vgl. auch ANDREAS TRAUB, in FRÉSARD- FELLAY/LEUZINGER/PÄRLI [Hrsg.], Basler Kommentar zum Unfallversiche- rungsgesetz, 2019, Art. 9 N. 15).

**2.3.1** 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 Beja- hung 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 Be- dingungen 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1).

**2.3.2** 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.3.3** 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 blosser 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).

**2.4** 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### 3.

**3.1** Im Entscheid BGer 8C\_73/2017 hielt das Bundesgericht fest, die Vorinstanz habe ihren Entscheid einseitig auf das Gutachten des Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2014 abgestützt und insbesondere das auf gleicher Stufe stehende Gutachten des Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 22. März 2012 kaum gewürdigt, ebensowenig die Beurteilung der Abteilung Versicherungsmedizin Suva vom 15. Juni 2012 / 8. Januar 2013. Die Vorinstanz habe dem Gutachten von Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ einen höheren Stellenwert beigemessen und das Gutachten als schlüssig eingeschätzt, namentlich unter Hinweis auf die Latenz zwischen Beendigung der Tätigkeit als ... und erster medizinischer Behandlung im Dezember 2010. Indes habe Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aufgezeigt, dass die bestehende Pathologie seit März 1999 vorliege und in den Jahren 1991 bis 1993 ihren Anfang genommen habe. Er habe plausibel dargelegt, dass von mehreren Traumata im Sinne einer sequentiellen Traumatisierung in den Jahren 1991 bis 1999 auszugehen sei und dass die fortlaufende Neuexposition der Erkrankung wenig Raum geboten habe, an die Oberfläche zu stossen. Von mehreren Ärzten sei ein schleichender, verzögerter Beginn und auf eine Chronifizierung der psychischen Problematik sowie auf Brückensymptome hingewiesen worden (E. 6.3). Das Bundesgericht hielt weiter fest, die Vorinstanz sei nicht näher auf die Frage eingegangen, ob ein angeschlagener psychischer Zustand zumindest mitursächlich für die im Jahr 2006 erfolgte Scheidung gewesen sei. Ebenso schienen die von Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ erwähnten finanziellen Probleme und versicherungsrechtlichen Unklarheiten zumindest auch eine Folge allfälliger psychischer Probleme, nicht bloss deren Ursache gewesen zu sein (E. 6.4). Die Diagnose einer PTBS lasse sich – ohne Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls – rechtsprechungsgemäss nicht von vornherein bloss aufgrund der Latenz verweigern. Schliesslich sei die Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung im Schlussbericht des RAD ... vom 25. April 2013 gestellt worden (E. 6.5). Zusammenfassend halte das einseitige Abstellen der Vorinstanz auf das Gutachten des Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2014 bei dieser Ausgangslage vor Bundesrecht nicht stand. Die

Sache sei an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie nach Einholung eines Gerichtsgutachtens über die Beschwerde neu entscheide (E. 6.6).

**3.2** Im – gestützt auf den obgenannten Entscheid eingeholten – psychiatrischen Gerichtsgutachten vom 19. Oktober 2018 (in den Gerichtsakten des Verfahrens UV/2017/675) diagnostizierte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ keine eigenständige krankheitsbedingte primär psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 40). In der Beurteilung hielt der Gutachter fest, bei der PTBS handle es sich um ein Krankheitsbild, welches *einerseits* von einem raschen Beginn einer heftigen Symptomatik mit typischen Symptomen der posttraumatischen Belastung wie heftigen Schlafstörungen, Albträumen, Angst und Depression, emotionaler Rückzug und Gefühlsabstumpfung einhergehe, dabei innerhalb einiger Tage, Wochen bis maximal einiger Monate nach den Traumatisierungen entstehe und auftrete, dann über einen Zeitraum von etwa einigen Monaten bis maximal zwei Jahren langsam abnehme (Remission) und/oder *andererseits* in einen anhaltenden Zustand der Persönlichkeitsveränderung überführen könne. Die betroffenen Menschen wiesen eine Leere auf, dass von einer „gebrochenen Persönlichkeit“ gesprochen werde, sie hätten keine Interessen, keine Aktivitäten, keine sozialen Kontakte und wiesen einen chronifizierten derartigen Zustand auf (S. 41 f.). In der jüngeren Forschung und vor allem in der europäischen Diskussion über „PTSD“ (posttraumatic stress disorder) gehe es häufig auch um traumatisierte Menschen (z.B. nach körperlichen Übergriffen in der Kindheit, sexuellen Übergriffen, auch psychischen Übergriffen), welche nicht nur einzelne verheerende Traumatisierungen erlebt hätten, sondern wiederholte derartige psychische Psychotraumata. Die Traumata bei der vermehrt als „komplexe Traumafolgestörung“ bezeichneten psychischen Auffälligkeit seien jedoch grundsätzlich vom Verständnis der erstgenannten Form der PTBS zu unterscheiden (S. 42 Mitte).

Der Experte hielt fest, bei der Prüfung, ob der Explorand eine PTBS in der geschilderten Art und Weise erlitten habe – tatsächlich sei ja bei einem ... und ... in den ... Gebieten nach entsprechenden Erlebnissen womöglich das Auftreten einer echten PTBS evident zu diskutieren – komme er allerdings zum Schluss, dass der Explorand eine derartige *krankheitswertige primär psychische* Störung nicht erlitten habe (S. 42 unten). Eine akute,

typische Symptomatik sei in den Traumatisierungen folgenden Jahren nicht aufgetreten, jedenfalls keine derartig ausgeprägte, dass Behandlungsbedürftigkeit erkannt worden wäre (S. 42 f.). Vielmehr möge der Explorand – geradezu als *normalpsychologisch nach den Traumatisierungen als ...* zu bezeichnen – wiederholt Erinnerungen und lebendige Bilder sowie Alpträume gehabt haben, mit denen er jedoch habe umgehen können, die ihn bei gleichsam natürlichem coping und Bewältigungsmechanismen nicht in seinem Funktionieren gelähmt hätten. Es sei demnach zwischen dem normalpsychologisch veränderten Leben in der Folge von ... Erlebnissen (was ganze Bevölkerungsanteile betreffen könne) und einer krankheitswertigen Störung, die sich wie beschrieben bei betroffenen Menschen mit entsprechender Disposition entwickeln könne, zu unterscheiden (S. 43).

Es sei von erheblicher Relevanz, dass der Explorand angegeben habe, seine *Persönlichkeit* habe sich *verändert*, er sei nicht mehr er selbst gewesen – und dies sei durch explizite Nachfrage erhoben und verifiziert worden –, er habe sich schon auf dem ... nicht dafür entschieden, mit der Ehefrau deren Eltern zu suchen und sich von seiner Arbeit zu distanzieren und er habe dies auch nicht nach dem Eintritt in die Tätigkeit in ... getan, sondern habe sich gleichsam dem Drang, als ... zu arbeiten und hier zur Gerechtigkeit beizutragen, nicht widersetzen können und das private Glück hintenangestellt (S. 43). Der Experte führte aus, die Veränderung der Persönlichkeit zum Negativen, wie sie der Explorand beschrieben habe, entspreche nicht der typischen Veränderung, der dann Krankheitswert beizumessen wäre, wie sie in der Folge von verheerenden Ereignissen und einer akuten PTBS entstünden, wie oben zitiert mit Antriebsarmut, Leere und Depressivität sowie „emotionaler Leere und Taubheit“. Wenn der Explorand auf seine heftigen Alpträume, die Intrusionen und die Traumafolgen hinweise, die er bis heute mit sich trage, dann seien seine Erinnerungen selbstverständlich Ausdruck von Traumatisierungen, welche er während seiner Arbeit in der ... erfahren habe. Seine Alpträume seien Ausdruck der Verarbeitung biographischer Ereignisse dieser Art und Tagesresten, seine Intrusionen seien Bilder vor geistigem Auge, die fraglich als solche oder als Erinnerungen zu bezeichnen seien. Sie würden nicht infrage gestellt; sie bewiesen jedoch grundsätzlich die Diagnose einer PTBS gemäss ICD-10 nicht. Wenn der Explorand auf seine Veränderung der Persönlichkeit hinweise, so hand-

le es sich hierbei tatsächlich um einen biographischen Prozess und eine Veränderung, die sehr viel mit der partnerschaftlichen Situation zu seiner (Ex)-Ehefrau zu tun habe, welcher er nicht die entsprechende Hilfe gegeben habe, als es angezeigt gewesen wäre, was sie ihm nachgetragen habe, als er sich stattdessen seiner Arbeit gewidmet habe. Es sei jedoch keine entsprechende Persönlichkeitsveränderung von Krankheitswert nach akuter PTBS zu erkennen (S. 43).

Der Experte führte aus, die Symptomatik einer sogenannten „komplexen Traumafolgestörung“ betreffend, die gehäuft mit andauernder Depressivität, Schwierigkeiten im sozialen Kontakt und in der sozialen Kompetenz sowie Verhaltensauffälligkeiten im Alltag einhergehe, könne hier bei sehr guter und sogar ausgezeichneter sozialer Kompetenz – auch wenn der Explorand diese aktuell unter dem Hinweis des Vergleichs zu seinen Eigenschaften vor mehreren Jahrzehnten als geringgradig beschreibe –, bei seinen Interessen, Aktivitäten und auch sozialen Kontakten, wie er sie aktuell in der ... lebe, kein derartiger Krankheitswert im Verlauf über die Jahre erkannt werden (S. 43).

Der Gerichtsgutachter hielt weiter fest, bezüglich der seit 1999/2000 (als er und seine Frau in der ... gelebt habe) aufgetretenen „komischen Träume“ sei anzunehmen, dass der Explorand normalpsychologisch aufgrund der Erlebnisse Träume und Albträume erlitten habe, dass sich daraus aber noch nicht die entsprechenden Diagnosen PTBS und anhaltende Persönlichkeitsveränderung belegen liessen. Einzelne Beschwerden, womöglich auch in der einzelnen Situation mit Symptomcharakter, begründeten noch nicht die Diagnosestellung (S. 45 unten). Der Explorand habe ab 2003 bis 2005 als ... gearbeitet und sei von August 2005 bis April 2006 im ... tätig gewesen. Er habe angegebenen, es sei in dem Sinne „perfekt“ gewesen, weil er „rund um die Uhr im Elend“ gewesen sei und wenn es ihm nicht gut gegangen sei, habe er dafür noch viel mehr Erklärungen gehabt. Er sei dann zurück in die ... gegangen. Zu diesem Zeitpunkt habe er sich vorstellen können, im Rahmen einer ...-Mission wieder so etwas zu machen, es habe aber schlicht nichts mehr gegeben, „wo“ die Schweiz involviert gewesen sei. Es sei zu berücksichtigen, dass es sich bei einer Krankheitsentität um eine andauernde und typischen Kriterien folgende syndromale Angele-

genheit handle. Hier müssten die Albträume und auch einzelne Wiederholerlebnisse (zwischen 2006 und 2010 wie zum Beispiel im Zusammenhang mit dem Graben eines Loches „Feigenbaumpflanzung“) sicher in den Zusammenhang zu den Traumatisierungen in den ... Einsätzen gesetzt werden. Damit gehe jedoch noch nicht gleichbedeutend das Diagnostizieren einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung einher. Hierfür seien die Kriterien über viele Jahre nicht erfüllt gewesen, als der Explorand zunächst weiterhin dem ... nachgegangen sei, dann einige Jahre in ..., in der Schweiz und wieder in ... gewesen sei und er das Haus in der ... für Gäste vorbereitet, jedoch keinerlei Behandlung in Anspruch genommen habe. Betreffend die Frage, ob die problematische Entwicklung in der Ehe als Auslöser für den Zusammenbruch 2010 zu bezeichnen sei, enthalte er sich einer kausalen Betrachtung. Er gehe davon aus, dass der Explorand zwischen den Jahren 2006 und 2010 unter unterschiedlichen Stressfaktoren eine Symptomatik entwickelt habe, die damals einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Angstsymptomatik entsprochen habe. Es werde erkannt, dass der Explorand in dieser Zeit „als es ihm dreckig ergangen sei“, unterschiedliche Belastungsfaktoren erlitten habe, die die Manifestation einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) getriggert hätten. Der Verlauf sei besser therapierbar als bei der PTBS und auch im Spontanverlauf günstiger zu bezeichnen. Erst recht komme es unter therapeutischen Bemühungen – sowohl unspezifischer als auch spezifischer Art – zu einem guten und positiven Verlauf, wie er beim Exploranden unter der Therapie ab 2011 dann auch stattgefunden habe (S. 46).

Dr. med. K. \_\_\_\_\_ führte ferner aus, im Frühjahr 2011 sei der Explorand an den früheren Arbeitgeber, das C. \_\_\_\_\_, gelangt. Der Explorand habe eindrücklich und nachhaltig beschrieben, wie die wechselhafte Einschätzung der Unfallversicherung und schliesslich dann – nach der Begutachtung durch Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ – der Entscheid sämtliche Leistungen und auch die Übernahme der Therapien zu stoppen, ihn verunsichert hätten. Auch hierbei sei allerdings keine Symptomatik einer PTBS oder einer krankheitswertigen affektiven Störung (F32) zu erkennen, sondern die normal-psychologisch nachvollziehbare Verunsicherung und Kränkung des Exploranden, insbesondere in Verbindung mit seinen Persönlichkeitseigenschaften (S. 47).

Dr. med. K. \_\_\_\_\_ hielt fest, aufgrund der gewissenhaften Befragung zu den Aktivitäten in den vergangenen Monaten 2018, den Aktivitäten des täglichen Lebens, der Betrachtung der vergangenen Wochen, der Erfassung der sozialen Kontakte, insbesondere der Freudfähigkeit, der Interessen und der Aktivitäten sei deutlich geworden, dass in den vergangenen Jahren ebenfalls kein depressives Syndrom von Krankheitswert vorgelegen habe (S. 47). Es werde aktuell keine primär psychische Störung gesehen, die mit typischer Symptomatik einherginge. Wenn der Explorand angebe, weiterhin „Grillbraten“ (Grillieren von Fleisch) zu vermeiden wegen Erinnerungen an ... Ereignisse, so sei hier eine normal-psychologische Abneigung im Sinne der Zusammenhänge zu den nachgewiesenen Traumatisierungen zu erkennen (S. 48). Es liege aktuell weder eine Depression noch eine entsprechende Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62) vor, bei welcher der Explorand abgestumpft, zurückgezogen und in keiner Weise aufgeschlossen und interessiert, aktiv und freudfähig leben würde. Sein Hinweis, er konsumiere nur ausgewählte Nachrichten, keine ... oder schlechte Meldungen über die Welt, sei hier als Vorsichtsmassnahme zu werten, nicht erinnert zu werden, dies sei aber nicht einer krankheitswertigen Symptomatik und dem Vorliegen einer Erkrankung gleichzusetzen (S. 48).

Der Gerichtsgutachter hielt fest, zur Betrachtung, ob beim Exploranden eine eigenständige primär psychische Störung andauernd vorliegen (und nicht nur womöglich krankheitswertige Symptomatik vor 2010 oder 2011 aufgetreten sein möge), sei wichtig, auf seine Persönlichkeitseigenschaften hinzuweisen. Diesen werde keine Krankheitswertigkeit beigemessen (S. 48). Der Explorand habe bei seinen ihm eigenen persönlichen und individuellen Persönlichkeitseigenschaften in den vergangenen Jahrzehnten eine Biographie erlebt, die ihn als sehr guten ... auszeichnete, andererseits auch in der Folge – dem narzisstischen Selbstbild widersprechend – nicht andauernd erfolgreich habe sein lassen. Es werde eine Symptomatik von Krankheitswert für die Zeit zwischen etwa 2006 und 2013 als möglich erachtet, obwohl der Explorand z.B. 2008 durchaus eine Freundschaft/Partnerschaft, die er explizit nicht als „Beziehung“ betrachtet wissen wolle, eingegangen sei und ein unauffälliges Leben in der ... (mit Aktivitäten und ohne Behandlungsbedürftigkeit) geführt habe. Es werde auch die subjektive Beschwerdeschilderung des Exploranden wertgeschätzt, sich in

manchen Punkten der Lebensaktivitäten durch die Erinnerungen an die ... Erlebnisse eingeschränkt zu fühlen, sich insgesamt um ein glückliches Leben betrogen zu fühlen durch den damaligen Arbeitgeber, das C.\_\_\_\_\_. Eine eigenständige psychische Erkrankung könne hierin allerdings nicht erkannt werden (S. 51 oben).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gerichtsgutachter aus, in Ermangelung von nachvollziehbaren akut psychischen Störungen und von einem andauernden psychischen Gesundheitsschaden sei konsequenterweise eine weitgehende Arbeitsfähigkeit über den gesamten Zeitraum abzuleiten. Der Explorand habe seine ... Arbeit bis 1999 erbracht, er hätte in der Folge bei maximaler Willensanstrengung auch eine vergleichbare Tätigkeit in anderen ... Bereichen als der ... und der - oder ... ausüben können. Von 2005 bis 2006 habe er über M.\_\_\_\_\_. im Rahmen eines ...-Mandats jungen ... und ... im ... .. beigebracht. Auch für die Jahre in ... bis Dezember 2010 habe sich keine derartige Symptomatik nachvollziehen lassen (S. 51). Für die Zeit, in der Explorand behandelt worden sei, werde unter Angabe einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43) von einer verminderten Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Diese würde im Detail nicht zur Diskussion gestellt (S. 51). Der Experte hielt weiter fest, das Gutachten von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2014 sei in seinen Hauptaussagen nachvollziehbar, dies habe zur Annahme einer weitgehend theoretischen Arbeitsfähigkeit geführt (S. 52 Mitte). Die Frage, ob sich der Explorand – nach dem stationären Aufenthalt – ambulant habe behandeln lassen, habe er verneint. Dies erlaube die Aussage, dass keine krankheitswertige Symptomatik vorgelegen habe, welche so ausgeprägt gewesen wäre, dass dadurch die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt worden wäre (S. 52 unten).

**3.3** PD Dr. med. L.\_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 15. Januar 2019 (act. IA 1) aus, der Gutachter führe als Hauptargument gegen das Vorliegen einer früheren PTBS aus, dass das Funktionsniveau gut gewesen sei und die Erinnerungen, lebendigen Bilder und Albträume normalpsychologisch (d.h. nicht klinisch ausgeprägt) gewesen seien. PD Dr. med. L.\_\_\_\_\_ beanstandete, die im ICD-10 aufgeführten Kriterien einer PTBS bezögen sich nicht auf das Funktionsniveau, d.h. es sei nicht lege artis, eine psychische Störung gemäss ICD-10 dadurch aus-

zuschliessen, dass die Alltagsfunktionalität gut gewesen sei (S. 6). Es sei im Gutachten nicht nachvollziehbar begründet worden, wieso die angegebenen Befindlichkeitsstörungen nicht pathologischen Symptomen entsprächen (S. 9 unten). Der Gutachter müsste erläutern, wieso die oftmals gleichen Beschwerdeschilderungen von den psychotraumatologischen Spezialisten als pathologisch, von ihm jedoch nicht als pathologisch eingestuft worden seien (S. 10 unten).

**3.4** In der Stellungnahme vom 10. Mai 2019 (in den Gerichtsakten) hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ u.a. fest, PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ werde als „befangen“ bzw. voreingenommen erachtet; er habe in den vergangenen Jahren direkt und eng mit PD Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zusammen gearbeitet, welcher den Exploranden behandelt habe; er habe am 16. Dezember 2010 die erste und damit „wesentliche Einschätzung“ zum Vorliegen einer PTBS gemäss ICD-10 F43.1 getroffen (S. 2). Es solle nicht erneut die Diskussion geführt werden, ob der Explorand in den direkt nach den ihn traumatisierenden Ereignissen liegenden Monaten oder Jahren eine krankheitswertige psychische Störung erlitten habe (S. 2 unten). PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ verkenne die Notwendigkeit den zeitlichen Ablauf, wann überhaupt eine PTBS zu diagnostizieren gewesen wäre, die Ausprägung, sowie schliesslich die Relevanz von subjektiven Beschwerden zur Beantwortung der Fragestellung, nämlich der Einschränkung in sämtlichen Alltagsbereichen inklusive beruflicher Tätigkeit, unterscheiden zu müssen (S. 4).

### **3.5**

**3.5.1** 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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5.2** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5.3** In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2 S. 287).

**3.5.4** Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach konstanter Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe gerade darin besteht, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, von unzutreffenden Sachverhaltshypothesen ausgeht (BGE 119 V 335 E. 4c S. 346; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 92 E. 4.1) oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann zudem gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen,

sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b aa S. 352; SVR 2014 UV Nr. 32 S. 107 E. 3.2).

**3.6** Das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2018 (in den Gerichtsakten) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Auch die später abgegebene pointierte Stellungnahme vom 10. Mai 2019 (in den Gerichtsakten) – nachdem die Begutachtung von Seiten des Beschwerdeführers bzw. durch PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 15. Januar 2019 angezweifelt worden war – ist voll beweistauglich.

Der Gerichtsgutachter Dr. med. K. \_\_\_\_\_ setzte sich ausführlich mit den Vorakten und den Angaben des Beschwerdeführers, welcher durch den Experten ausführlich und unvoreingenommen anlässlich mehrerer Untersuchungstermine (am 22. August und 3. September 2018) untersucht worden war, auseinander. In der Beurteilung erörterte der Experte einlässlich, weshalb eine krankheitswertige primär psychische Störung im Sinne einer PTBS nicht (mehr) vorliegt. Er ging davon aus, es sei keine akute, typische Symptomatik in den den Traumatisierungen folgenden Jahren aufgetreten, zumindest nicht eine derartig ausgeprägte, welche eine Behandlungsbedürftigkeit zur Folge gehabt hätte. Seine Einschätzung überzeugt mit Blick auf die Angaben des Beschwerdeführers und die Vorakten (S. 42 f.). Die Schilderung des Experten, die Veränderung der Persönlichkeit des Beschwerdeführers, wie dieser sie beschrieben habe (er habe die Eltern der Ehefrau nicht gesucht, vielmehr den Drang verspürt, als ... zu arbeiten und das private Glück hinten anzustellen), entspreche nicht der typischen Veränderung (Antriebsarmut, Leere und Depressivität sowie emotionale Leere und Taubheit), welcher Krankheitswert beizumessen gewesen wäre, ist stichhaltig (S. 43). Der Experte führte auch aus, dass eine „komplexe Traumafolgestörung“, welche mit andauernder Depressivität, Schwierigkeiten im sozialen Kontakt sowie Verhaltensauffälligkeiten im Alltag einhergehe, hier nicht vorgelegen habe, da der Beschwerdeführer verschiedene Interessen, Aktivitäten und soziale Kontakte in den Jahren, als er in der ...

gelebt habe, beschrieben habe (S. 43 unten). Diese Beurteilung ist schlüssig und überzeugt. Die Schlussfolgerung des Experten, dass die Kriterien für eine eigenständige psychische Erkrankung nicht erfüllt sind, überzeugt denn auch mit Blick darauf, dass der Gerichtsgutachter eine detaillierte Überprüfung der Beschwerden und der Behandlungsnotwendigkeit in der Zeit nach 1999, als sich der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau in der ... niedergelassen hatte (S. 45 ff.), vornahm. Zu den Beschwerden hatte der Beschwerdeführer zwar angegeben, es seien 1999/2000 in der ... „komische Träume“ aufgetreten (S. 45 unten). Für den Zeitraum ab 2003 bis April 2006 (Tätigkeit als ... und im ... im Rahmen eines ...-Mandats) erwähnte der Beschwerdeführer keine eigentlichen „Symptome“ mehr, vielmehr gab er an, diese Zeit sei in dem Sinne „perfekt“ gewesen, wenn es ihm nicht gut gegangen sei, habe er dafür noch viel mehr Erklärungen gehabt (S. 46 oben). Dr. med. K. \_\_\_\_\_ wies schlüssig und überzeugend darauf hin, dass es sich bei einer „Krankheitsentität“ jedoch um eine andauernde und den typischen Kriterien folgende syndromale Angelegenheit handeln müsse. Stichhaltig erscheint auch seine Aussage, die geschilderten Albträume und die einzelnen Wiederhallerlebnisse (zwischen 2006 und 2010 zum Beispiel im Zusammenhang mit dem Graben eines Loches für einen Feigenbaum) seien zwar in den Zusammenhang zu den Traumatisierungen in den ... Einsätzen zu setzen, jedoch sei dies nicht gleichbedeutend mit dem Diagnostizieren einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung (S. 46 Mitte). Vielmehr ging der Experte für die Zeit zwischen 2006 und 2010 aufgrund der verschiedenen Belastungen davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Angstsymptomatik (ICD-10 F43.2) gelitten habe, welche sich unter der Therapie ab 2011 in der Folge verbessert habe. Der Gutachter äusserte sich ebenfalls dazu, dass der Beschwerdeführer – seit den stationären Behandlungen der Jahre 2012 und 2013 sowie dem selbstfinanzierten Aufenthalt im Mai 2015 – in den vergangenen drei Jahren keinerlei therapeutische Leistungen mehr in Anspruch nahm (S. 47). Einerseits macht die Befragung zu den Aktivitäten in den vergangenen Monaten und der sozialen Kontakte, die Freude des Beschwerdeführers an der Pflanzenzucht, das Kochen, das Wahrnehmen der nachbarschaftlichen Kontakte, deutlich, dass keine aktuelle depressive Erkrankung im Sinne einer erneuten depressiven Episode oder einer chronifizierten rezidivierenden depressiven

Störung (ICD-10 F32 oder F33) vorliegt. Andererseits zeigt dies auch, dass beim Beschwerdeführer Ressourcen vorhanden sind. An diesem Ergebnis ändert nichts, dass der Beschwerdeführer angibt, das Grillieren von Fleisch zu vermeiden, da dies Erinnerungen und Bilder an ... Ereignisse hervorruft. Auch bezüglich der Aussage des Beschwerdeführers, er konsumiere nur ausgewählte Nachrichten (keine ... oder schlechte Meldung über die Welt), leuchtet die Beurteilung des Gerichtsgutachters ein, es sei hier eine normal-psychologische Abneigung im Sinne der Zusammenhänge zu den nachgewiesenen Traumatisierungen zu erkennen (vgl. S. 48). Ebenfalls nachvollziehbar ist die Beurteilung des Gutachters, der Beschwerdeführer habe zwar eindrücklich und nachhaltig seine Verunsicherung dargestellt, nachdem die Beschwerdegegnerin sämtliche Leistungen eingestellt hatte, allerdings sei darin keine Symptomatik einer PTBS oder einer krankheitswertigen affektiven Störung (ICD-10 F32), sondern eine nachvollziehbare Verunsicherung und Kränkung (S. 47 oben) zu erkennen.

**3.7** Das Bundesgericht nahm zwar im Entscheid BGer 8C\_73/2017, E. 6, vorab die Ausführungen des Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in dessen Gutachten vom 22. März 2012 und dessen Einschätzung zum Anlass, um weiteren Abklärungsbedarf aufzuzeigen, jedoch ohne die von ihm vertretene Auffassung, es liege u.a. eine PTBS vor, bereits abschliessend als erstellt zu erachten. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ setzte sich denn auch mit dem Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 22. März 2012 auseinander und beanstandete, Dr. med. G.\_\_\_\_\_ habe die Diagnose des (erst)behandelnden Therapeuten übernommen und nicht diskutiert, ob die angegebenen Befindlichkeitsstörungen, Erinnerungen, Albträume und „Zusammenbrüche“ viele Jahre nach den Traumatisierungen eine PTBS gemäss ICD-10 darstellten. Diese Kritik ist einleuchtend. Die Argumentation von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ betreffend, wonach eine „subsyndromale“ Symptomatik vorgelegen habe und die Tätigkeit des Beschwerdeführers als ... sowie dessen Einsatz im ... „im Dienste der Krankheitsbewältigung“ eine „selbstgebastelte Konfrontationslösung“ gewesen seien, ist der Einwand des Gerichtsgutachters, dass in einem solchen Fall die Coping-Verhaltensweisen des Beschwerdeführers erfolgreich gewesen wären (S. 44), nachvollziehbar. Der Gerichtsgutachter hielt weiter fest, „es wird eine Symptomatik von Krankheitswert für die Zeit zwischen etwa 2006 und 2013 als möglich erachtet,

obwohl der Klient z.B. durchaus eine Freundschaft/Partnerschaft, die er explizit nicht als ‚Beziehung‘ betrachtet wissen will, einging und ein unauffälliges (mit Aktivitäten und ohne Behandlungsbedürftigkeit) Leben in der ..., in dem Haus, das er schon 1988 erworben hatte, führte, dort den Garten anlegte und pflegte. Es werde auch die subjektive Beschwerdeschilderung des Klienten wertgeschätzt, sich in manchen Punkten der Lebensaktivitäten durch die Erinnerungen an die ... Erlebnisse eingeschränkt zu fühlen“ (S. 51). Auch wenn Dr. med. K. \_\_\_\_\_ die im März 2012 von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vertretene Auffassung als möglich erachtete (vgl. S. 51), jedoch nicht als überwiegend wahrscheinlich, ist letztlich entscheidend, dass er im Zeitpunkt seiner Untersuchung im August/September 2018 keinen krankheitswertigen psychischen Gesundheitsschaden feststellte. Mit Blick auf die gesamten Akten begründete der Gerichtsgutachter – auch unter Einbezug des Gutachten von Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_, welches er als nachvollziehbar einschätzte (vgl. S. 44 Mitte) – somit überzeugend, dass per Ende Juli 2014 keine eigenständige psychische Erkrankung zu erkennen ist. Mit seinem „Bewältigungsmuster“ – u.a. war er auch in der Folgezeit (August 2005 bis April 2006) als ... wieder im ... (vgl. S. 46) – konnte der Beschwerdeführer die Erlebnisse somit (zumindest teilweise) verarbeiten. Auch wenn sich der Beschwerdeführer – in Berücksichtigung seiner subjektiven Beschwerdeschilderung – in manchen Punkten seiner Lebensführung durch Erinnerungen an ... Erlebnisse eingeschränkt fühlte – verneinte der Gerichtsgutachter zumindest eine psychiatrische Erkrankung aufgrund der ... Erlebnisse, was schlüssig ist und überzeugt (vgl. S. 51 oben).

Der Gutachter äusserte sich auch ausführlich zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in den verschiedenen Zeiträumen (S. 51 ff.): Der Hinweis, der Beschwerdeführer habe nach 1999 eine vergleichbare ... Tätigkeit in anderen ... Bereichen als der ... und der ... ausüben können, überzeugt auch mit Blick darauf, dass er von 2005 bis 2006 im ... im Rahmen eines ...-Mandats jungen ... und ... ... beibrachte. Ebenfalls überzeugt die Einschätzung des Experten, dass sich beim Beschwerdeführer in der Zeit, als er sich in der ... aufhielt bis Dezember 2010, keine schwerwiegende Symptomatik habe nachvollziehen lassen. Einleuchtend ist zudem, dass der Experte den Zeitraum der Behandlungen betreffend auf die echtzeitli-

chen Arzt- und Spitalberichte abstellte (wobei auch PD Dr. med. O.\_\_\_\_\_ im Dezember 2010 grundsätzlich von einer günstigen Prognose ausging); selbst Dr. med. G.\_\_\_\_\_ ging in seinem Gutachten vom 22. März 2012 davon aus, es bestehe „eine erhaltene Arbeitsfähigkeit von rund dreissig Prozent in angepasster Tätigkeit“ (z.B. Gartenarbeit, Bürotätigkeiten, ... Tätigkeiten ...); auch der behandelnde Arzt und die Therapeuten der Klinik N.\_\_\_\_\_ hielten laut Bericht vom 20. August 2012 eine freischaffende ... Arbeit (mit dem Vorteil des selbstbestimmten Zeitplans zur Verhinderung kognitiver Überforderung) und andere Arbeiten (S. 8, 51) sowie im Bericht vom 26. November 2013 eine Tätigkeit im Rahmen der landwirtschaftlichen Nutzung seines Landes und die Vermietung des Ferienhauses für zumutbar (S. 11, 52). Der Verweis auf das Gutachten von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2014, welcher von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausging „in einer anderen Tätigkeit als in der Tätigkeit als ... (z.B. als ...-, ..., etc.)“, leuchtet ein (S. 14, 52). Dr. med. K.\_\_\_\_\_ setzte sich zudem mit der (widersprüchlichen) Einschätzung durch die behandelnden Ärzte im Bericht der Klinik am N.\_\_\_\_\_ vom 6. Juli 2015 auseinander, welche zwar von einer Arbeitsunfähigkeit seit 2006 ausgingen, gleichzeitig jedoch auch ausführten, der Beschwerdeführer bewirtschafte (gemeinsam mit der Ex-Partnerin) sein Anwesen in der ... (S. 17, 52). Der Gerichtsgutachter weist denn auch darauf hin, dass der Beschwerdeführer subjektiv die Arbeiten in der ... – gegenüber der früheren ... Tätigkeit – wegen des vergleichsweisen geringen wirtschaftlichen Erfolges, der allerdings höher sei als der durchschnittliche Lohn eines ortsansässigen Lehrers, offenbar geringschätze. Dies bezieht der Experte nachvollziehbar auf die krankheitsfremden Faktoren der Persönlichkeitseigenschaften und der durchgemachten Biographie (S. 52). Der Gerichtsgutachter ging davon aus, dass der Beschwerdeführer aus medizinisch-theoretischer Sicht voll arbeitsfähig ist, dies auch in einer ... Tätigkeit, die individuell ausgewählt werden könnte und verwies nachvollziehbar auf die ... Fähigkeiten des Beschwerdeführers (S. 53, 56). Diese Einschätzung des Experten überzeugt und ist schlüssig.

Es sprechen insgesamt keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des ausführlichen und einlässlichen Gerichtsgutachtens von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2018, weshalb darauf abzustellen ist. Es liegt

somit keine andauernde psychische Gesundheitsschädigung vor (vgl. S. 53 Mitte) und der Beschwerdeführer ist voll arbeitsfähig, dies in einer individuell ausgewählten ... Tätigkeit (S. 56 unten).

**3.8** An diesem Ergebnis vermögen die Einwände des PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 15. Januar 2019 nichts zu ändern. PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ beanstandete zwar, die Aussagen des Dr. med. K. \_\_\_\_\_ zum Funktionsniveau entsprächen nicht einer leitliniengerechten Diagnostik, da sich kein Kriterium der ICD-10 zur PTBS auf das Funktionsniveau beziehe (S. 6); weiter brachte er vor, es sei unklar, wieso der Gutachter die wiederholten Erinnerungen und lebendigen Bilder sowie Alpträume als nicht pathologisch ausgeprägt beurteilt habe (S. 7). In der Stellungnahme vom 10. Mai 2019 (in den Gerichtsakten) brachte Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vor allem (sinngemäss) zum Ausdruck, dass die sich als zusätzlich spezialisierten Psychotraumatologen bezeichnenden Ärzte vorab als Behandlungsansatz ohnehin von der Traumatisierung der ihnen vorgestellten Personen ausgingen bzw. der Begriff PTBS „falsch-positiv“ doch wohl weiter fassten, als dieser im Sinne des Sozialversicherungsrechts verwendet wird. Der Kritik von PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ kann nicht gefolgt werden, hielt doch Dr. med. K. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 10. Mai 2019 zudem nachvollziehbar fest, die Überprüfung der einzelnen Kriterien dürfe nicht fliessend erfolgen, also einmal sei das eine und ein anderes Mal das andere Kriterium erfüllt gewesen, sondern es sei streng auf Zeitkriterien zu achten, zu welchem Zeitpunkt welche Beschwerden (und womöglich Symptome) vorgelegen haben und wie sich der Verlauf gestaltet habe (S. 2 unten). In Bezug auf den von PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vorgenommenen Hinweis der „Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)“, welcher dieser als Goldstandardinstrument für die Diagnostik einer PTBS erachtete, führte Dr. med. K. \_\_\_\_\_ schlüssig aus, dies gebe eine Pseudoevidenz vor, wenn eigentlich die Angaben aus der Befragung, wie häufig z.B. Flashbacks vorgekommen seien, überaus wenig objektivierbar bleiben würden (S. 3). Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers liegen keine Anhaltspunkte vor, dass der Gerichtsgutachter die diagnostischen Leitlinien nach der ICD-10 (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinische-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 207 f., 286 f.; vgl. auch Gutachten S. 41 ff.) nicht

berücksichtigte. Der Gerichtsgutachter erklärte, der Explorand möge – „geradezu als *normalpsychologisch nach den Traumatisierungen als ...* zu bezeichnen – wiederholt Erinnerungen und lebendige Bilder sowie Alpträume gehabt haben, mit denen er jedoch habe umgehen können, die ihm bei gleichsam natürlichem coping und Bewältigungsmechanismen nicht in seinem Funktionieren lähmten“. Damit mass er dem funktionellen Leistungsvermögen in Übereinstimmung mit dem DSM-5 Konzept, wonach das Störungsbild in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursache – wie dies PD Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 15. Januar 2019, S. 6, ebenfalls erwähnt (in den Gerichtsakten) – Bedeutung bei. Dies erscheint auch im Lichte der Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1.2 S. 287) sachgerecht und lässt sich nicht beanstanden. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 27. September 2013, 9C\_465/2013, E. 3.4).

**3.9** Bei diesem Ergebnis, d.h. bei einer in der hier interessierenden Beurteilungsperiode nicht vorliegenden primären psychischen Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, braucht nicht mehr weiter geprüft zu werden, ob eine Berufskrankheit mit der gesetzlich geforderten hohen Wahrscheinlichkeit von 75 % (vgl. E. 2.2.2 hiavor) vorliegt. Selbst wenn die seitens der Beschwerdegegnerin initial anerkannte Berufskrankheit anfänglich vorgelegen haben sollte, fehlte es gemäss schlüssigem Gerichtsgutachten spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Juli 2014 an einem relevanten Gesundheitsschaden, der Grundlage für weitere Leistungen bilden könnte.

Der angefochtene Einspracheentscheid der Basler Versicherung AG vom 3. Februar 2015 ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

#### 4.

**4.1** Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

#### 4.2

**4.2.1** Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Die Kosten eines Gerichtsgutachtens können dem Unfallversicherer auferlegt werden, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiskräftig sind (vgl. BGE 139 V 225 E. 4.3 S. 226, 137 V 210 E. 4.4.1 f. S. 263 sowie 140 V 70 E. 6.2 S. 75).

**4.2.2** Das Bundesgericht ging davon aus, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt war und auf das von der Verwaltung bei Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ eingeholte Gutachten vom 27. Juli 2014 (act. IIC 7/34) nicht abgestellt werden konnte. Es wies deshalb die Sache an das Verwaltungsgericht des Kantons Bern zurück zur Einholung eines Gerichtsgutachtens (vgl. E. 3.1 hiervor). Mithin ist die Verwaltung ihrer Untersuchungspflicht, wonach sie den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (vgl. BGE 117 V 282 E. 4a S. 283), nicht vollumfänglich nachgekommen. Die Beschwerdeführerin hat deshalb die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2018 (in den Gerichtsakten) sowie die Reise- und Übernachtungskosten des Beschwerdeführers (zweimal aus der .... nach ...) und (im Rahmen des zu gewährenden rechtlichen Gehörs) die Kosten der Stellungnahme von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019 (in den Gerichtsakten) zu tragen, d.h. sie hat insgesamt Fr. 11'807.25 zuhanden der (bevorschussenden) Gerichtskasse zu bezahlen.

**4.3** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Art. 61 lit. g ATSG schliesst die Zusprechung einer Prozessentschädigung an den Sozialversicherungsträger im kantonalen Verfahren grundsätzlich aus. Der Wendung "obsiegende Beschwerde führende Person" liegt die gesetzgeberische Absicht zu Grunde, den Sozialversicherern keinen Anspruch auf Parteientschädigung einzuräumen. Eine Ausnahme von diesem allgemeinen Prozessgrundsatz für sämtliche Sozialversicherungszweige ist für Fälle vorzusehen, in denen Versicherten mutwillige oder leichtsinnige Prozessführung vorzuwerfen ist (BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt Fr. 11'807.25 werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Rechtsanwalt D. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
  - Bundesamt für Gesundheit

zur Kenntnisnahme:

- Dr. med. K. \_\_\_\_\_,

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.

**Hinweis:** Bezüglich einer allfälligen Verlängerung der oben erwähnten Frist siehe auch die Verordnung des Schweizerischen Bundesrats vom 20. März 2020 über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19 [SR 173.110.4]).