



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiber: MLaw Patrick Trütsch

U R T E I L vom 26. April 2021
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA lic. iur. B. _____,

gegen

Suva, Versicherungsleistungen, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2020 51

A. Der 1981 geborene A. _____ war seit dem 14. März 2018 bei der C. _____ AG als Bauarbeiter angestellt und in dieser Eigenschaft obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 8. August 2018 erlitt er bei der Arbeit auf einer Baustelle in D. _____ einen Unfall. Während er Schalungselemente an die Ketten eines Krans montieren wollte, schlug ein Blitz in jenen Kran ein (Suva-act. 1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und gewährte in der Folge Heilbehandlung und entrichtete ein Taggeld. Nach erfolgten erwerblichen und medizinischen Abklärungen, insbesondere den Stellungnahmen der beiden Kreisärzte Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, vom 16. Januar 2019 (Suva-act. 58) und Dr. med. F. _____, Arbeitsärztin ORL, vom 25. Januar sowie 4. Juli 2019 (Suva-act. 66 und 93), verfügte die Suva am 22. Oktober 2019 die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. November 2019 und schloss den Fall folgenlos ab (Suva-act. 106). Die hiergegen erhobene Einsprache wies die Unfallversicherung mit Entscheid vom 30. März 2020 ab (Suva-act. 137).

B. Beschwerdeweise liess A. _____ beantragen, der Einspracheentscheid vom 30. März 2020 sei aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Leistungen aus UVG auszurichten (insbesondere Wiederaufnahme Taggeldleistungen und Übernahme Heilbehandlungskosten, eventualiter Rente und Integritätsentschädigung). Eventualiter sei die vorliegende Angelegenheit bis zum Eingang des polydisziplinären Gutachtens der Invalidenversicherung zu sistieren oder die Suva im Sinne einer vorsorglichen Massnahme anzuweisen, sich an der durch die Invalidenversicherung veranlassten medizinischen Begutachtung zu beteiligen, dies unter Weiterausrichtung der bisherigen Leistungen (Taggelder, Heilbehandlung). Subeventualiter sei er polydisziplinär zu begutachten (act. 1).

C. Auf Aufforderung des Gerichts hin (act. 2) äusserte sich die Suva zunächst einzig zum zweiten Antrag. Sie erklärte, weitere Abklärungen seien nicht angezeigt, weshalb sich eine Beteiligung ihrerseits an der durch die Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen polydisziplinären Expertise wie auch eine Sistierung des Verfahrens erübrige (act. 3).

D. Vernehmlassend schloss die Suva sodann auf Abweisung der Beschwerde (act. 5).

- E. Mit Verfügung vom 22. Juni 2020 wurde das Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren bis zur Erstattung des von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen Gutachtens sistiert (act. 6).
- F. Am 26. Oktober 2020 erhielt das Gericht das polydisziplinäre Gutachten der medexperts AG vom 18. August 2020 samt Ergänzung vom 24. September 2020 und den Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. und 24. August 2020 sowie vom 1. und 28. September 2020 von der IV-Stelle Zug zugestellt (act. 8).
- G. Das Gericht hob am 27. Oktober 2020 die Sistierung auf und setzte den Parteien eine Frist zur Stellungnahme an (act. 9).
- H. Der Beschwerdeführer nahm am 12. November 2020 Stellung (act. 10). Die Suva verzichtete darauf und verwies auf die Beschwerdeantwort (act. 11).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu 30. März 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

1.2 Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 bzw. am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Entsprechend den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen). Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 8. August 2018

ereignet, weshalb die ab 1. Januar 2017 gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.3 Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Art. 83 ATSG sieht vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 1. Mai 2020 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG, BGS 162.1]). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Der Beschwerdeführer hat Wohnsitz in G._____. Damit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug in Anwendung von § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) örtlich und sachlich zuständig. Die Beschwerdegegnerin erliess den vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid am 30. März 2020. Dieser ging dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am darauf folgenden Tag zu. Die Beschwerdeschrift wurde am 1. Mai 2020 der Post übergeben und ging am 4. Mai 2020 beim Verwaltungsgericht ein. Die Beschwerde gilt folglich als binnen der 30-tägigen Frist nach Art. 60 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 der Verordnung über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19, SR 173.110.4) rechtzeitig eingereicht. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den formellen Anforderungen an eine Beschwerde und der Beschwerdeführer ist von der Verfügung des Unfallversicherers und damit als direkt Betroffener zur Beschwerde legitimiert. Somit ist die Beschwerde vom Gericht zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat oder ob die Suva diese zu Recht per 30. November 2019 eingestellt hat.

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 ATSG) oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1).

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 Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2).

3.3 Hervorzuheben ist, dass die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv

ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Zudem sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 140 V 356 E. 3.2; 134 V 109 E. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, die für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa), anzuwenden (BGE 134 V 109 E. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: BGE 138 V 248 E. 4; BGer 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 3.2).

3.4 Die Rechtsprechung umschreibt den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge – als Differenzierungsmerkmal für das Erfordernis einer Adäquanzprüfung – wie folgt: Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind. Ob eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGer 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.1).

3.5 Ist eine versicherte Person infolge des Unfalles mindestens zu 10 % invalid, so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog.

Valideneinkommen; BGE 139 V 592 E. 2.2, BGer 8C_720/2017 vom 12. März 2018 E. 3.1).

3.6 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 E. 3 festgelegt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.4).

4. Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

4.1 Die medizinische Erstversorgung nach Blitzeinschlag ohne sichtbare Eintrittspforte fand im Spital H. _____ statt. Die Ärzte diagnostizierten ein Barotrauma links. Die bildgebenden Abklärungen (CT [Computertomographie] des Schädels und der Halswirbelsäule [HWS] sowie Röntgenbild des linken Oberarms/Ellenbogens, beider oberen Sprunggelenke [OSG] sowie beider Füße) ergaben keine muskuloskelettalen Folgeprobleme. Ein durchgeführtes Elektrokardiogramm (EKG) zeigte keine Rhythmusstörung. Der Laborbefund bestätigte Normwerte für Troponin und Creatinkinase (CK). Bereits einen Tag nach der Einlieferung konnte der Beschwerdeführer am 9. August 2018 entlassen werden (Bericht vom 28. August 2018 [Suva-act. 25]).

4.2 Vom 13. bis 27. August 2018 war der Versicherte im Spital I. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 17. August 2018 (Suva-act. 19) gaben die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen an:

1. Neurologische und psychische Veränderung nach Blitzeinschlag am 8. August 2018
 - Hospitalisierung im Spital G. _____ vom 8. bis 9. August 2018 mit unauffälligem Verlauf
 - Verdacht auf posttraumatische Anpassungsstörung
 - Klinisch: Wortfindungsstörung, Bradykinesie, Sensibilitätsminderung der oberen (OE) und unteren (UE) Extremitäten links, distale Kraftminderung OE und UE beidseits, distal betonte Myalgien
 - CT Schädel/HWS vom 8. August 2018: Keine intrakranielle Blutung, keine Frakturen
 - Elektroenzephalogramm (EEG) vom 14. August 2018: Keine klar epileptogenen Potentiale
 - MRI (Magnetic Resonance Imaging) vom 17. August 2018: In der Untersuchung des Neurokraniums kein Nachweis einer Diffusionsrestriktion. Normale Weite der inneren und äusseren Liquorräume. Mittelständiges Ventrikelsystem. Keine Suszeptibilitätsartefakte in

- der T2 Wichtung. In der FLAIR (fluid attenuated inversion recovery)-Wichtung winzige Gliose im Centrum semiovale rechts.
- MRI der Wirbelsäule vom 17. August 2018: In der TIRM (Turbo-Inversion Recovery-Magnitude)-Wichtung keine ödematösen Veränderungen der Wirbelkörper oder der paravertebralen Weichteile. Normale Weite des Spinalkanals. Keine umschriebenen ödematösen Veränderungen des Myelons.
2. Intermittierende Miktionsstörungen
 - Differentialdiagnostisch neurogen, psychogen
 - Spontanmiktion intermittierend erschwert, Restharn 330 ml
 3. Barotrauma Trommelfell links nach Blitzeinschlag am 8. August 2018
 4. Klaustrophobie
 5. Interdigitale und plantare Mykose beider Füße
 6. Lumbovertebralsyndrom
 - Klinik: Lumbal ziehender Schmerz bei Belastung, paravertebraler Hartspann
 - Röntgen der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 16. August 2018: Erhaltene Höhe der Wirbelkörper und Zwischenwirbelräume. Keine abgrenzbare Fraktur.

Zur Diagnose Ziff. 1 ergänzten die Ärzte, sie hätten, da weder intrazerebral noch im Bereich der Wirbelsäule ein Korrelat für die Beschwerde habe gefunden werden können, die gesamte Symptomatik am ehesten im Rahmen von Nervenschädigungen durch den stattgehabten Blitzeinschlag, möglicherweise auch mit zusätzlicher psychogener Überlagerung im Sinne einer posttraumatischen Anpassungsstörung gewertet. Zur Diagnose Ziff. 2 führten sie zudem aus, der digitale rektale Untersuch habe keine Auffälligkeiten ergeben. Eine Myelonkompression habe im MRI der Wirbelsäule nicht nachgewiesen werden können. Die Ätiologie der Beschwerden bleibe somit aktuell unklar, möglicherweise auch im Rahmen der Stressreaktion.

4.3 Zur Rehabilitation befand sich der Versicherte vom 27. August bis 13. Dezember 2018 in der Klinik J. _____ Dem Austrittsbericht vom 27. Dezember 2018 (Suva-act. 51) können folgende (zusätzliche) Diagnosen entnommen werden, wobei die vom Spital I. _____ übernommenen nicht genannt werden:

- A1 Organische depressive Störung (ICD-10 F06.32), differentialdiagnostisch schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2)
 - A2 Aktuell Suizidgefährdung
 - A3 Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1)
 - B. Unfall vom 8. August 2018: Von einem Blitz getroffen worden
 - B1 Neurologische und psychische Veränderungen posttraumatisch
 - (...)
 - 11. September 2018: Neuropsychologische Beurteilung Klinik J. _____: Mittelschwere neuropsychologische Störung mit kognitiven Einschränkungen
 - 18. Oktober 2018: Neurologisches Konsil: Kein Anhalt für das Vorliegen eines radikulären Ausfallsyndroms im Bereich der Arme oder der Beine. Ausgeprägte Paresen sind nicht nachweisbar. Die unvollständigen elektroneurografischen Befunde im Bereich des Nervus medianus rechts waren normal.
- (...)
(...).

Die Ärzte der Klinik J. _____ ergänzten, im MRI des OSG vom 6. September 2018 habe sich medial über dem OSG ein Weichteilödem gezeigt, aber ohne Osteonekrose, Bandläsion oder Knorpeldefekt. In den konventionellen Röntgenaufnahmen des Abdomen leer liegend vom 31. Oktober 2018 sei keine freie Luft und keine Spiegel dargestellt gewesen. Im Bereich des Kolons bestand eine Koprostase. Am 11. September 2018 erfolgte eine neuropsychologische Konsiliaruntersuchung durch lic. phil. K. _____ (Suva-act. 51 S. 12–17), welche eine mittelschwere neuropsychologische Störung mit kognitiven Einschränkungen (insbesondere attentionale Verlangsamung und Defizite in exekutiven und mnestischen Teilbereichen) sowie affektiven und Verhaltensauffälligkeiten (reduzierter Antrieb, allgemeine Verlangsamung, erhöhte Tagesmüdigkeit) ätiologisch infolge einer Schädigung des Gehirns (ICD-10 F07.8) sowie im Rahmen der depressiven und psychotraumatologischen Symptomatik ergab. Ein leichter Einfluss der geringen Schulbildung auf die gezeigten kognitiven Leistungen könne nicht ausgeschlossen werden. Aktuell sei die Funktionsfähigkeit aufgrund der bestehenden kognitiven Einschränkungen sowie der psychischen Symptomatik deutlich eingeschränkt. Die anlässlich der neurologischen Konsiliaruntersuchung von Dr. med. L. _____, Fachärztin Neurologie vom 25. September 2018 (vgl. Suva-act. 51 S. 24–25) durchgeführte elektroneurographische Untersuchung musste wegen Stromintoleranz abgebrochen werden. Klinisch neurologisch habe es keinen Anhalt für das Vorliegen eines radikulären Ausfallsyndroms im Bereich der Arme oder der Beine gegeben. Da die Befunde extrem wechselhaft seien und eine elektromyographische Untersuchung abgelehnt worden sei, sei eine belastbare neurologische Aussage erschwert. Ausgeprägte Paresen seien nicht nachweisbar. Die unvollständigen elektroneurographischen Befunde im Bereich des Nervus medianus rechts seien normal gewesen.

Der somatischen Beurteilung kann entnommen werden, dass im Verlauf inzwischen ein sicheres Gangbild an Gehhilfen habe erreicht werden können. Der Patient könne allerdings den rechten Fuss schmerzbedingt nicht belasten, weil dieser zu Schwellungen nach Belastung neige. Das Gehtempo und Bewegungen seien weiterhin verlangsamt. Während der Therapien habe er weiterhin wechselhafte Leistungen gezeigt. Er habe schlechtere und bessere Tage mit jeweils entsprechender Leistungsfähigkeit gehabt. Der Versicherte habe mittlerweile mithilfe der eigenständigen Nutzung von Handyapplikationen mit dem ÖV alleine nach Hause fahren können. Erschwerend kämen ein PTBS und eine psycho-soziale Belastungssituation hinzu. Bei massiv depressiver Stimmungslage und Schlafstörungen habe eine psychopharmakologische Medikation begonnen werden müssen. Unklare abdominale Beschwerden seien radiologisch und im Rahmen eines

internistischen Konsils im Spital M._____ abgeklärt worden. Es habe sich eine Neigung zur Koprostase gezeigt (Suva-act. 51 S. 4).

Während der Rehabilitation erfolgte zudem eine psychosomatische Abklärung durch lic. phil. N._____. Es habe ein vorgealterter Mann im Rollstuhl, welcher stark verlangsamt, leidend und depressiv gewesen sei, imponiert. Symptomatisch seien Wortfindungsstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, reduzierter Antrieb, Freudlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit sowie Appetitlosigkeit dazugekommen. Im Verlauf der Gespräche hätten Insuffizienzgefühle, eine negative und pessimistische Zukunftsperspektive sowie Suizidgedanken entnommen werden können. Wegen letzterem sei er in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden. Der Versicherte sei stark schmerzfixiert (Kopf-, Bauch/Magen- und Fusschmerzen) gewesen. Nach dem Unfall scheine der Patient auch psychotraumatologische Symptome entwickelt zu haben (Vermeidungsverhalten, Flashbacks). Auf der Ressourcenebene habe sich kaum etwas finden lassen, was die Resilienz stärken könnte. Anamnestisch scheine der Versicherte sich für seine Familie geopfert zu haben. Die Selbstfürsorge und die Beachtung eigener Bedürfnisse seien vernachlässigt worden. Es sei von prämorbidem stark akzentuierten Persönlichkeitszügen auszugehen (am ehesten anankastisch). Aktuell sei die oben genannte depressive Symptomatik unter einer schweren depressiven Episode mit kognitiven Einschränkungen einzuordnen, ätiologisch infolge einer Schädigung des Gehirns (differentialdiagnostisch schwere depressive Episode). Eine depressive Symptomatik vor dem Unfall habe fremdanamnestisch ausgeschlossen werden können. Hinzu komme eine PTBS (Suva-act. 51 S. 4 f.).

Das Ausmass der demonstrierten und physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären. Allerdings lägen insgesamt nur wenige Berichte über mögliche Symptome von überlebenden Blitzschlagsopfern vor, so dass die Symptomatik schwer fassbar sei. Insgesamt sei auffällig, dass viele Symptome durch verminderte Nervenfunktionen bedingt zu sein schienen (z.B. zu Beginn verlängerte QTc-Zeit im EKG, verminderte Darmmotilität mit Koprostase [Suva-act. 51 S. 5]).

4.4 Der Kreisarzt Dr. E._____ nahm am 16. Januar 2019 eine neurologische Beurteilung vor. Er erklärte, rechtzeitig habe der Versicherte keine äusseren Verletzungen und keine neurologischen Störungen aufgewiesen. Im Laufe der nächsten

Tage und Wochen habe sich ein als neurologisch imponierendes Krankheitsbild entwickelt, welches syndromatisch und neuroanatomisch nicht einzuordnen sei. Die Bildgebung des Zentralnervensystems habe kein Korrelat für die Beschwerden gezeigt. Somit fehle auch die organische Grundlage für die beschriebenen neuropsychologischen Störungen. Es seien keine strukturellen Läsionen als Ursache der Beschwerden objektiviert. Die geklagten somatischen (neurologischen) Beschwerden seien syndromatisch und neuroanatomisch nicht einzuordnen. Einzig die echtzeitlich ausgewiesene Hörstörung erscheine unfallkausal zu sein. Aus neurologischer Sicht sei von weiteren Behandlungsmassnahmen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten. Auch mit einer Integritätsentschädigung sei aus neurologischer Sicht nicht zu rechnen (Suva-act. 58).

4.5 Am 25. Januar 2019 nahm die Kreisärztin Dr. F. _____ ein erstes Mal Stellung. Sie erklärte, für eine konkrete Stellungnahme benötige sie den originalen Konsiliarbericht vom 9. August 2018 der ORL-Klinik, um den initialen otologischen Befund zu erfahren. Ein Bericht von der geplanten Kontrolluntersuchung vom 16. August 2018 liege nicht im Dossier vor. Möglicherweise sei infolge der Verlegung ins Spital I. _____ diese Untersuchung untergegangen. Falls sie dennoch stattgefunden habe, sei dieser Bericht einzuholen. Auch die subjektiven Beschwerden des Versicherten aus ORL-fachärztlicher Sicht seien nicht dokumentiert, sodass ein detaillierter Untersuchungsbericht von Nöten sei. Ob eine Integritätsentschädigung geschuldet sei, könne ohne Berichte aktuell nicht beurteilt werden und es sei üblicherweise auch erst zwei Jahre nach dem Unfall zu taxieren, da noch mit Veränderungen gerechnet werden könne. Der Versicherte solle sich im Spital H. _____ bei einem ORL-Facharzt zur klinischen Kontrolle mit neuen Audiometrieergebnissen vorstellen. Dort sollte beurteilt werden, ob eine Hörgeräteanpassung erforderlich und sinnvoll sei (Suva-act. 66).

4.6 Mit Datum vom 24. Mai 2019 berichtete Dr. med. O. _____, FMH Otorhinolaryngologie, über die gleichentags durchgeführte Untersuchung. Er konstatierte eine leichtgradige pancochleäre Innenohrschwerhörigkeit beidseits. Der Hörverlust betrage rechts 12 % und links 15 %. Eine Indikation zur Hörgeräteanpassung oder für eine sonstige Behandlung im Sinne einer Medikation oder Operation sei nicht gegeben (Suva-act. 84).

4.7 Die Kreisärztin Dr. F. _____ gab am 4. Juli 2019 eine weitere Einschätzung ab. Sie gab an, der originale Konsiliarbericht vom 9. August 2018 der ORL-Klinik und der

ORL-fachärztliche Bericht vom 16. August 2018 lägen ihr nicht vor, lediglich jener von Dr. O. _____ vom 24. Mai 2019. Im Vergleich zum audiometrischen Vorbefund vom 9. August 2018 zeige sich eine deutliche Besserung der Hörschwelle. Eine Schalleitungsschwerhörigkeit lasse sich nicht mehr nachweisen. Eine Hörgeräteversorgung sei bei einer leichtgradigen pantonalen Schwerhörigkeit beidseits nicht indiziert. Es sei möglich, dass sich das Gehör noch weiter erhole. Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet (Suva-act. 93).

4.8 Gemäss Austrittsbericht über die stationäre Behandlung vom 5. März bis 18. Juni 2019 der Klinik P. _____ vom 18. Juli 2019 bestanden beim Beschwerdeführer folgende psychiatrischen Diagnosen: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4). Somatischerseits konstatierten die Ärzte einen Status nach Blitzschlagunfall im August 2018 mit Hörminderung links durch Barotrauma, Kopfschmerzen, Lumbovertebralsyndrom, Schmerzen rechte Fusssohle beim Auftreten, Mitktions- und Defäkationsproblemen sowie einen Status nach interdigitaler Mykose 2018. Der Versicherte habe zwar an allen angebotenen Therapien teilgenommen, wobei er sich dem Behandlungsteam recht zurückhaltend, eher distanziert, verschlossen, wenig mitteilungsbedürftig und offen bis teilweise wenig transparent und kooperativ präsentiert habe. Einerseits möge dies auf die mangelnden Sprachkompetenzen zurückzuführen sein. Andererseits habe er sich auch in den zahlreichen Therapieeinheiten, bei denen eine spanischsprechende Übersetzerin hinzugezogen worden sei, in derselben Manier gezeigt. Das Behandlungsteam habe auch festgestellt, dass der Patient bis kurz vor seinem Austritt wenige Bemühungen gezeigt habe, verstanden zu werden (bspw. durch die Anwendung einer Übersetzungsapplikation des Smartphones). Dies habe den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung deutlich erschwert. Im Umgang mit den Mitpatienten sei hingegen im Verlaufe seiner Hospitalisation eine zunehmende Offenheit zu beobachten gewesen. Seine erfolgreichen Integrationsversuche, die körperlichen Aktivitäten und das Entdecken von Begabungen und die dadurch erlebte Ablenkung hätten sich positiv auf seine Befindlichkeit ausgewirkt. Der kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie seien in Anbetracht der Sprachbarriere enge Grenzen gesteckt gewesen. Daher sei bei fast jeder Therapieeinheit eine Übersetzungsperson per Telefon hinzugezogen worden. Ob-schon der Versicherte bereits im Vorfeld zahlreiche psychoedukative Inhalte vermittelt erhalten habe, scheine bei ihm das Konzept der Psychosomatik sowie die Mechanismen des chronischen Schmerzes kognitiv noch nicht durchgedrungen zu sein. Er habe konsequent die Meinung vertreten, sein Leiden habe

diagnostisch noch nicht vollständig erfasst werden können bzw. man habe noch nicht herausgefunden, was mit seinem Körper nicht mehr stimme. Das Bestreben sei darin bestanden, nochmals in das Thema Psychoedukation zu investieren. Doch der Versicherte scheine darauf wenig anzusprechen, wie auf das Erlernen von Strategien im Umgang mit Schmerz und Schmerzakzeptanz. Auch auf den Gedanken, trotz Missbefindlichkeiten, Schmerzen und Erinnerungen an den Unfallhergang aktiv am Leben teilzunehmen, scheine sich der Patient nicht recht einlassen zu wollen. Hingegen scheine die Frage zentral zu sein, weshalb ihm so viel Unglück widerfahren sei, obwohl er stets ein ordentliches, gutes Leben geführt habe. Hinzugekommen sei, dass er im Verlaufe des Aufenthalts die für ihn unerwartete Kündigung seiner Arbeitsstelle erhalten habe. Das habe eine tiefe Sinnkrise ausgelöst und er habe darauf mit grosser Verzweiflung, Unverständnis, Perspektivenlosigkeit und Rückzugsverhalten reagiert. Diese Umstände hätten den Aufbau realistischer Zukunftspläne schwierig gemacht. Psychisch habe er sich stetig stark belastet und in Sorge um seine private, berufliche und gesundheitliche Zukunft präsentiert. Auch sei an dem Punkt sehr deutlich das ausgeprägte Ungleichgewicht zwischen Belastungsfaktoren und Ressourcen sichtbar geworden. Der Versicherte habe Interesse bekundet, im Rahmen der Psychotherapie über aktuelle Alltagsthemen zu reden. Er habe regelmässig Administratives in die Stunde mitgebracht, mit dessen Erledigung er aus Sprach- und Verständnisgründen offensichtlich komplett überfordert gewesen sei, was ihn ausserordentlich belastet habe. Er habe sich einsichtig geäussert, dass er keine Kenntnisse unseres Sozialsystems habe und diesbezüglich weiterhin auf Unterstützung angewiesen sei. Diese Einschätzung entspreche der Wahrnehmung des Behandlungsteams voll und ganz und sei bereits früh in die angebahnte Austrittsplanung miteingeflossen. Weil der Versicherte in verschiedenen Bereichen grossen Unterstützungsbedarf aufweise und er weder sozial gut integriert noch auf andere verlässliche Ressourcen zurückgreifen könne, habe sich die Austrittsplanung herausfordernd gestaltet. Das Unterstützungsangebot der Wohngemeinde habe dem Schwächezustand des Patienten zu wenig entsprochen. Die Errichtung einer Beistandschaft durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) sei nicht angezeigt gewesen, da der Versicherte Unterstützung durch eine Person aus der Gewerkschaft Q. _____ erhalte. Diese Person werde sich weiterhin um ihn kümmern. Auf pharmakologischer Ebene sei vom Pflorgeteam regelmässig festgestellt worden, dass der Versicherte einer medikamentösen Behandlung eher abgeneigt gegenüber getreten sei bzw. teilweise die verordnete Pharmazie nicht eingenommen habe. Er habe gegen Ende der Rehabilitation bekundet, seit einiger Zeit unter Libidoverlust und Potenzproblemen zu leiden, für deren Ursache er die pharmakologische Behandlung

vermutet habe. Er habe allerdings bei einem eigenverantwortlichen Auslassversuch schnell festgestellt, dass sein Befinden, insbesondere die Schmerzzustände sich drastisch verschlechtert hätten, weshalb er die Medikation wie verordnet wieder einzunehmen begonnen habe. Der Patient habe die Klinik in einem leicht gebesserten Allgemeinzustand verlassen. Auf der psychischen Seite blieben äussere wie innere Belastungsfaktoren weitgehend bestehen. Während des stationären Aufenthalts und weiter bis zum 14. Juli 2019 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es sei mit weiterer Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (Suva-act. 95).

4.9 Laut ärztlichem Zwischenbericht von Dr. med. R. _____, FMH Innere Medizin, vom 12. August 2019 bestehe eine schwere depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie einen Status nach Blitzschlagunfall. Die Psyche habe sich leicht verbessert (Suva-act. 99).

4.10 Dem Ergotherapiebericht vom 14. Oktober 2019 ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine deutliche Reduktion der kognitiven Belastbarkeit (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, verlangsamte Handlungsplanung) vorliege. Ferner bestünden Kopfschmerzen und Schmerzen an der rechten Fusssohle beim Auftreten. Er nehme kooperativ an den Therapiesitzungen teil. Für eine weitere Integration auf dem Arbeitsmarkt sei die Fortführung der Ergotherapie indiziert (Suva-act. 103).

4.11 Mit Schreiben vom 29. November 2019 orientierte lic. phil. S. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, über den Behandlungsverlauf. Als Diagnosen führte sie eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) auf. Letztere habe sich nun erhärtet. Wenn der Patient unter Schlafstörungen oder Kopfschmerzen leide, erlebe er den Blitzschlagunfall mehrfach wie in einem Film. Insbesondere die Erinnerung an das Erwachen aus der Bewusstlosigkeit nach dem Unfall mit Lähmungserscheinungen in den Beinen und der Unfähigkeit sich zu bewegen, würden ihn stark belasten und stellten Flashbacks dar. Erschwerend komme hinzu, dass er während des Unfalls immer wieder die Bilder seines Vaters vor sich gehabt habe, der die Beine habe amputieren müssen, mit der Befürchtung, dass er nun ein ähnliches Schicksal erleide. Nebst kognitiven Einschränkungen und einer weiterhin bestehenden Verlangsamung im Denken bringe der Versicherte immer wieder Termine durcheinander und habe Mühe mit einer guten Selbstorganisation. Diesbezüglich werde auf die Diagnose der Klinik J. _____ verwiesen: Erhöhte Tagesmüdigkeit ätiologischer Folge einer Schädigung des Gehirns

(ICD-10 F07.8). Im Erstgespräch sei aufgefallen, dass der Patient kaum in der Lage gewesen sei, einfache neuropsychologische Tests erfolgreich zu lösen. Trotz anhaltender suizidaler Gedanken könne er sich immer wieder glaubhaft davon distanzieren und komme, soweit dies seine Selbstorganisation erlaube, regelmässig zu psychotherapeutischen Gesprächen. Sein Gangbild sei weiterhin beeinträchtigt. Der Patient komme am Stock gehend. Sein rechter Fuss sei angeschwollen. Nach einer anfänglichen Verzögerung habe eine Spanisch sprechende Mitarbeiterin der Psychiatriespitex gefunden werden können, welche den Patienten wöchentlich ein bis zwei Mal besuche. Es sei sehr anspruchsvoll, den Patienten ambulant ausreichend zu behandeln. Der Versicherte habe mit der Person von der Psychiatriespitex das Zentrum T. _____ besucht, da man bemüht sei, ihn baldmöglichst in eine regelmässige Tagesstruktur zu überführen. Dort könne er aufgrund der Sprachschwierigkeiten leider nicht beginnen. Der baldige Beginn eines Arbeitstrainings mit wenigen Stunden in einer anderen Institution sei unbedingt angezeigt. Im Bericht der Klinik P. _____ sei darauf hingewiesen worden, der Versicherte habe vermehrt Freude an kreativen Tätigkeiten gezeigt und das Arbeiten in der Gruppe als Ressource erlebt. Es sei aktuell unklar, wie der Aufbau einer Tagesstruktur aussehen könnte. Idealerweise wäre der Beginn an einem geschützten Arbeitsplatz auf dem zweiten Arbeitsmarkt der U. _____ stundenweise mehrmals pro Woche sehr zu empfehlen. Es müsse sich im Alltag zeigen, ob der Patient in der Lage sei, eine solche Struktur auch aufrecht zu erhalten. Bisher habe er von der wöchentlichen Ergotherapie im Spital I. _____ gut profitieren können. Hinzu kämen die starken wiederkehrenden Kopfschmerzen, deren Herkunft noch unklar sei. Der baldmöglichste Beginn einer Tagesstruktur und die Koordination mit der Invalidenversicherung sei unbedingt angezeigt, auch um einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) entgegen zu wirken. Der Versicherte habe zudem berichtet, dass er den Aufenthalt in der Klinik J. _____, insbesondere die neuropsychologischen Untersuchungen mit Nervenleitgeschwindigkeit als sehr belastend bis hin zu retraumatisierend empfunden habe, da diese mit Stromschlägen durchgeführt worden seien. Dies sei aufgrund des Blitzschlagunfalles gut nachvollziehbar (Suva-act. 127).

4.12 Gemäss polydisziplinärem Gutachten (Rheumatologie, Neurologie, Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie, Psychiatrie und Psychotherapie) der medexperts AG vom 18. August 2020 bestehen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 1 S. 7):

- Schwere organische depressive Störung (ICD-10 F06.3)

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1).

Als weitere Gesundheitsschäden, indessen ohne Einfluss auf die Leistungsfähigkeit wurden konstatiert:

- Chronische Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.1)
- Unfall mit Blitzschlag am 8. August 2018 (ICD-10 T75.0)
 - Klinisch-neurologisch: keine höhergradigen Paresen, kein organisches Korrelat für beklagte Beschwerden (allgemeines Schwächegefühl, Gefühlsstörungen, Schmerzen)
- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.86) am ehesten bei chronischer Fehlbelastung
 - Tendenziell Flachrücken
 - Muskuläre Dysbalancen
 - Keine ödematösen Veränderungen der Wirbelkörper oder der paravertebralen Weichteile, normale Weite des Spinalkanals, keine umschriebenen ödematösen Veränderungen des Myelons (MRI Wirbelsäule vom 17. August 2019)
 - Erhaltene Höhe der Wirbelkörper und Zwischenwirbelräume, keine abgrenzbare Fraktur (Röntgen LWS vom 16. August 2018)
 - Aktuelle Bildgebung unauffällig (Röntgen LWS ap./seitlich vom 1. Juli 2020)
 - Zustand nach Blitzschlag (8. August 2018)
- Verdacht auf Gastritis (ICD-10 K29.7)
- Leichtgradige pancochleäre Innenohrschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.3)
- Intermittierende Miktionsstörungen, differentialdiagnostisch: neurogen, psychogen (ICD-10 R39.1).

Gestützt auf diese Diagnosen attestierten die Sachverständigen sowohl in der bisherigen Tätigkeit wie auch in angepasster Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Diese begründeten sie mit der schweren depressiven Symptomatik. Aus rheumatologischer Sicht bescheinigten sie aufgrund des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bezüglich körperlich schwerer Arbeiten. Aus allgemein-internistischer und neurologischer Sicht bestehen keine Funktionseinbußen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 1 S. 9).

4.13 RAD-Arzt Dr. med. V. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, nahm am 21. August 2020 zur Expertise Stellung. Er führte aus, die psychiatrische Teilgutachterin begründe die vollständige Arbeitsunfähigkeit mit einer schweren organischen depressiven Störung, deren organisches Korrelat fraglich sei, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer PTBS, während sie sich nicht hinlänglich mit den als nicht valide einzustufenden, neuropsychologischen Testergebnissen und den übrigen Diskrepanzen auseinandergesetzt habe, sondern dies schlicht im Kontext der affektiven Problematik erkläre. Er empfahl deshalb die Vorlage des Dossiers zur Prüfung an den psychiatrischen RAD-Arzt (IV-act. 2).

4.14 Der psychiatrische RAD-Arzt W._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 24. August 2020 aus, die Schlussfolgerungen der Expertin seien fachlich nicht zu beanstanden, insbesondere könne eine testpsychologische Antwortverzerrung damit durchaus als störungsbedingt nachvollzogen werden. Da es hier um eine aus RAD-fallführender internistischer Sicht nicht oder schlecht nachvollziehbare gutachterliche Beurteilung gehe, sei zu empfehlen, die im Raum stehenden Fragen, die an der Glaubwürdigkeit zweifeln liessen, der Gutachterin direkt zu stellen (IV-act. 3).

4.15 Am 24. September 2020 nahm die psychiatrische Fachärztin Dr. med. univ. X._____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung. Sie gab unter Verweis auf Punkt 6.1 ihres Gutachtens an, es habe im Rahmen der psychiatrischen Exploration eine schwere depressive Episode festgestellt werden können. Ätiologisch sei diese, wie auch im Austrittsbericht der Klinik J._____ im 2018 diagnostiziert, als Folge des Blitzunfalles vom 8. August 2018 anzusehen – im Sinne einer organischen depressiven Störung, welche gemäss Studienlage (im Gutachten detailliert ausgeführt) als häufige Folge nach einem schweren Blitzschlag angenommen werde. Im Rahmen des Blitzunfalles würden verschiedene Energieübertragungen auf den Menschen beschrieben. Folgen nach einem Blitzschlag, insbesondere psychische und neurologische, würden in der Literatur vielfach beschrieben. Die zugrunde liegende Pathophysiologie sei nicht gänzlich geklärt. Oftmals finde sich bei peripherer Kontaktverletzung keine strukturellen Auffälligkeiten in der Bildgebung. In der Literatur würden unter anderem mögliche elektrochemische Veränderungen im Gehirn als Folge des Blitzschlags diskutiert. Gemäss Unfallprotokoll sei der Versicherte beim Eintreffen der Hilfskräfte auf dem Boden in stabiler Seitenlage liegend angetroffen worden. Er sei nur bedingt ansprechbar gewesen. Zum Zeitpunkt des Unfalls habe er Schalungselemente an den Kran angehängt. Der Blitz habe in den Kran eingeschlagen. Gemäss Beobachtungen eines Arbeitskollegen müsse der Blitz nach dem Einschlag entlang des Lastenseils des Krans bis hinunter zu den Schalungselementen zu sehen gewesen sein. Nach dem Einschlag habe er den Versicherten auf den Schalungselementen liegen gesehen. Eine sichtbare Eintrittspforte sei im Rahmen der Erstversorgung nicht festzustellen gewesen. Nach der Versorgung im Akutspital sei er zu stationären Rehabilitation in die Klinik J._____ verlegt worden. Dort sei von psychiatrischer Seite eine organische schwere depressive Störung mit akuter Suizidalität und eine PTBS festgestellt worden. Nicht alle Blitzopfer wiesen äusserliche sichtbare Läsionen auf. Unumstritten sei jedoch, dass der Beschwerdeführer von einem Blitz getroffen worden sei, was von Arbeitskollegen auch entsprechend beobachtet und dokumentiert worden sei. Das Spektrum möglicher Folgen nach einem Blitzschlag sei

gross. Von psychischer Seite träten häufig Depressionen auf, weiter Ermüdung, kognitive Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Blitzunfälle seien im Gegensatz zu anderen Hochspannungsunfällen durch eine extrem hohe Stromstärke und eine sehr kurze Expositionsdauer charakterisiert. Das Schädigungsproblem seien also elektrische Energie, hohe Temperatur und/oder die explosive Kraft der Druckwelle. Das Nervensystem erweise sich als besonders anfällig gegenüber Blitzschäden. Aber auch psychische Folgen nach Blitzunfall seien häufig. Eine andere Erklärung für die Ätiologie der vorliegenden schweren depressiven Episode gebe es nicht. Anamnestisch gebe es keinen Hinweis auf das Vorliegen depressiver Symptome vor dem Blitzschlagunfall (IV-act. 6 S. 1 f.).

4.16 Abschliessend führte Dr. V. _____ am 28. September 2020 aus, eine objektive Schädigung des Gehirns/Nervensystems und/oder eine nachweisliche Funktionsstörung desselben lasse sich dem Antwortschreiben der psychiatrischen Teilgutachterin nicht entnehmen. Ebenso fänden sich keine Hinweise oder Anhaltspunkte auf eine andere die Symptomatik hinlänglich erklärende körperliche Krankheit, weshalb aus allgemein internistischer und versicherungspsychiatrischer Sicht die Diagnose einer organischen depressiven Störung nicht ausgewiesen sei (IV-act. 7).

5. Zunächst stellt sich die Frage, ob der Fallabschluss verfrüht erfolgt ist.

5.1 Nach konstanter Rechtsprechung zu Art. 19 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1). Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes noch möglich ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3).

Die Adäquanzprüfung ist bei Anwendung der Praxis gemäss BGE 115 V 133 in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 6.1). Folglich muss die Unfallversicherung zur Bestimmung des Zeitpunktes des Fallabschlusses über die somatischen Beschwerden im Bild sein. Aber auch bei der – unter Ausschluss psychischer Aspekte vorzunehmenden – konkreten Prüfung der Adäquanzkriterien, so insbesondere bei der Prüfung der Dauer und des Umfangs der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit, ist die Unfallversicherung auf eine schlüssige und vollständige medizinische Aktenlage zu den somatischen Unfallfolgen angewiesen (zum Ganzen: BGer 8C_210/2018 vom 17. Juli 2018 E. 3.2.3.1).

Sind die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung noch nicht abgeschlossen, so hindert dies den Fallabschluss nicht. Wird der Entscheid der Invalidenversicherung über die (berufliche) Eingliederung erst später gefällt, kann dies vielmehr Anlass für eine das Taggeld ablösende Übergangsrente nach Art. 19 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 30 UVV bilden. Die Übergangsrente ist (vorläufiges) Surrogat der allenfalls folgenden (definitiven) Invalidenrente nach Art. 18 ff. UVG. Beim Entscheid über die Übergangsrente ist der Unfallversicherer, nicht anders als beim Entscheid über die definitive Invalidenrente, im Lichte von BGE 134 V 109 gehalten, auch die Adäquanzfrage zu prüfen (BGer 8C_304/2008 vom 1. April 2009 E. 3.1.2).

5.2

5.2.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, es könne nach Blitzunfällen typischerweise zu Folgebeeinträchtigungen wie etwa kognitiven Einschränkungen kommen. Dies wird in der Literatur tatsächlich beschrieben. Blitzopfer weisen oftmals neurologische Schäden auf. In neurologischer Hinsicht stehen Bewusstseinsstörungen im Vordergrund, die zwischen Desorientiertheit mit retrograder Amnesie und Bewusstlosigkeit variieren können. Derartige Bewusstseinsstörungen sind entweder zerebral oder kardial bedingt. Die neurologischen Ausfälle betreffen sowohl die Hirnnerven als auch das übrige periphere Nervensystem. Schädigungen der Hirnnerven können sich zum Beispiel in optischen und/oder akustischen Störungen, Paresen der mimischen Muskulatur, Aphonien und/oder Schluckstörungen äussern. Bei der Beteiligung des peripheren Nervensystems werden neben motorischen, sensorischen und vegetativen auch reflektorische Störungen beschrieben, wobei die Beschwerden in den meisten Fällen innerhalb der ersten Stunden nach dem Blitz-unfall nachlassen. Es werden aber auch Kasuistiken berichtet, bei denen die Symptomatik erst nach Tagen oder Wochen auftritt. Motorische Störungen können sich

in Paresen und Paralysen, sensorische in Par-, Hyp- und Anästhesien sowie Schmerzen äussern; dabei wird als dominierende Schmerzqualität ein Brennen genannt. Als vegetative Störungen können Zyanose, Hyperhidrose, Hypertension, Harnblasenatonie und/oder Fehlfunktionen der Darmmotalität auftreten. Bei den reflektorischen Störungen werden Hyper-, Hypo- und Areflexie beschrieben. In psychischer Hinsicht können bei Erwachsenen Depressionen auftreten, die mitunter über Monate persistieren. Hysterisches Verhalten wird als Ausdruck extremer Ängste und Emotionen sowohl bei Leichtverletzten als auch bei Zeugen eines Blitzunfalls beobachtet. Als weitere mögliche psychische Folgen werden Ermüdung, kognitive Störungen, Fotophobien und posttraumatische Belastungsstörungen beschrieben (Zack/Rothschild/Wegener, Blitzunfall – Energieübertragungsmechanismen und medizinische Folgen, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 51–52, A3547 f.). Allerdings liegen weder für die kognitiven Beeinträchtigungen noch für die Kopfschmerzen oder die Schmerzen an der rechten Fusssohle ein objektivierbares Substrat vor.

5.2.2 Aus den Akten erhellt, dass für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, abgesehen vom Barotrauma, kein somatisches Korrelat eruiert werden konnte. Bereits im Spital H._____ wurde er bildgebend abgeklärt. Sowohl das CT des Schädels wie auch die Röntgenaufnahmen des linken Oberarms/Ellenbogens, beider OSG und Füsse waren unauffällig. Ebenfalls konnte eine Herzrhythmusstörung ausgeschlossen werden (vgl. Suva-act. 25 S. 1). Ebenso wenig ein organisches Substrat brachten die medizinischen Erhebungen durch das Spital I._____ hervor. Es wurden insbesondere ein MRI des Schädels und der Wirbelsäule angefertigt, beide mit normalem Befund. Ebenfalls ergab ein durchgeführtes EEG keine klar epileptogenen Potentiale. Neurologisch wurde ein unauffälliger Hirnnervenstatus erhoben. Ein Infektfokus konnte ausgeschlossen werden und die durchgeführte Blutentnahme zeigte keine Erhöhung der CK, sondern normwertige Entzündungsparameter und ein normwertiges Blutbild (Suva-act. 19 S. 2). Die im Rahmen der neurologischen Konsiliaruntersuchung an der Klinik J._____ durchgeführte elektroneurographische Untersuchung musste zwar wegen der Stromintoleranz abgebrochen werden. Klinisch neurologisch gab es indessen kein Anhalt für ein radikuläres Ausfallsyndrom im Bereich der Arme oder Beine. Ausgeprägte Paresen sind nicht nachweisbar. Die unvollständigen elektroneurografischen Befunde im Bereich des Nervus medianus rechts waren normal (Suva-act. 51 S. 4 und 25). Angesichts dieser Aktenlage folgte der neurologische Kreisarzt nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer echtzeitlich keine äusseren Verletzungen und keine neurologischen Störungen aufwies. Erst im Laufe der nächsten Tage und Wochen entwickelte sich ein als

neurologisch imponierendes Krankheitsbild, welches indessen syndromatisch und neuroanatomisch nicht einzuordnen ist. Die Bildgebung des Zentralnervensystems zeigte kein Korrelat für die Beschwerden, weshalb es an einer organischen Grundlage fehlt (Suva-act. 58 S. 4 in fine).

5.2.3 Der Beschwerdeführer vertritt gestützt auf das Gutachten der medexperts AG vom 18. August 2020 die Auffassung, aufgrund der organischen psychischen Störung liege ein organisches Leiden vor, weshalb sich eine Adäquanzprüfung erübrige (act. 10 S 2). Dem kann nicht gefolgt werden.

Es trifft zwar zu, dass diese Diagnose von der psychiatrischen Sachverständigen konstatiert wurde. Indessen liegt dafür nach wie vor kein organisches Substrat vor. Lediglich die Diagnosestellung bzw. der Name reicht hierfür nicht aus. Der rheumatologische Experte konnte keine relevanten pathologischen oder klinischen Befunde erheben. Die ergänzend angefertigten konventionellen Röntgenaufnahmen der LWS vom 1. Juli 2020 zeigten keine Auffälligkeiten (IV-act. 1 S. 19). Auch der Neurologe vermochte trotz mehrerer Abklärungen (MRI Neurokranium und Wirbelsäule, Elektroenzephalographie [EEG], Elektromyographie [EMG] mit Abbruch bei fehlender Kooperation) kein organisches Korrelat für die Symptomatik zu finden (IV-act. 1 S. 28). Die psychiatrische Teilgutachterin konnte zwar eine schwere depressive Symptomatik feststellen. Den Gesundheitsschaden nach ICD-10 F06.3 benannte sie allerdings nur aufgrund der Ätiologie als organisch, weil dieser nach dem Blitzunfall eingetreten sei. Sie führte zudem hierzu eine Studienlage von M. Cherington auf, wonach eine organische depressive Störung als häufige Folge nach einem schweren Blitzschlag angenommen werde. Folgen nach einem Blitzschlag, insbesondere psychische und neurologische, würden in der Literatur vielfach beschrieben (vgl. IV-act. 1 S. 47 und IV-act. 6 S. 1). Gleichzeitig hält sie aber auch fest, die zugrunde liegende Pathophysiologie sei nicht gänzlich geklärt. Oftmals fänden sich bei peripherer Kontaktverletzung keine strukturellen Auffälligkeiten in der Bildgebung. In der Literatur würden unter anderem mögliche elektrochemische Veränderungen im Gehirn als Folge des Blitzschlags diskutiert (IV-act. 6 S. 1). Auch im hier zu beurteilenden Fall konnte keinerlei strukturelle Läsion am Gehirn gefunden werden. Selbst der neurologische Sachverständige konnte kein organisches Korrelat vorfinden. Die psychiatrische Gutachterin bezieht sich somit einzig auf Literaturangaben, die indessen wissenschaftlich noch nicht haben verifiziert werden können. Dies reicht allerdings nicht aus, denn gefordert ist, dass die Befunde mittels bildgebenden oder apparativen Abklärungen bestätigt werden können, was vorliegend

nicht der Fall ist (anders etwa in BGer 8C_247/2014 vom 2. Mai 2014 E. 4.1). Folglich ist beim Beschwerdeführer diesbezüglich von nicht organisch ausgewiesenen Unfallfolgen auszugehen.

5.2.4 Was das erlittene Barotrauma anbelangt, schlussfolgerte die Kreisärztin Dr. F. _____ unter Verweis auf den Bericht von Dr. O. _____ vom 24. Mai 2019, dass lediglich eine beidseitige leichtgradige pancochleäre Innenohrschwerhörigkeit bestehe, welche indessen keiner Hörgeräteversorgung bedarf. Eine Schalleitungsschwerhörigkeit lasse sich nicht mehr nachweisen (Suva-act. 84 und 93). Dem polydisziplinären Gutachten können sodann keine weiteren somatischen Diagnosen entnommen werden, welche sich leistungsmindernd auswirkten. Die vollständige Einschränkung der Leistungsfähigkeit basiert einzig auf den psychiatrisch konstatierten Gesundheitsschäden.

5.3 Damit ist erstellt, dass eine namhafte Besserung der physischen Unfallfolgen nicht mehr zu erwarten ist, weshalb der Fallabschluss nicht verfrüht erfolgt ist.

6. Bei der Beurteilung der Adäquanz von Unfallfolgeschäden, für die ein natürlicher Kausalzusammenhang medizinisch zwar angenommen wird, jedoch nicht oder nicht hinreichend organisch nachweisbar ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b), ist demgegenüber zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen, wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw., vorliegen (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 6.2.1). Trifft dies zu, gelangt die Rechtsprechung gemäss HWS-Praxis zur Anwendung (sog. Schleudertrauma-Praxis); andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz nach der Psycho-Praxis gemäss BGE 115 V 133. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2).

Da der Beschwerdeführer vorliegend weder ein Schleudertrauma der HWS noch eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntraum erlitten hat, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den organisch nicht nachweisbaren Beeinträchtigungen und dem Unfallereignis vom 8. August 2018 nach der Psycho-Praxis zu prüfen.

6.1 Nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen ist für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der psychischen Fehlentwicklung eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf eine Einteilung von banalen bzw. leichten, mittleren und schweren Unfällen vorzunehmen ist (BGE 115 V 133 E. 6).

Während bei leichten Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden kann, ist er bei schweren Unfällen regelmässig zu bejahen. Der mittlere Bereich umfasst jene Unfälle, welche weder der ersten noch der zweiten Gruppe zugeordnet werden können. Gemäss Rechtsprechung lässt sich hier die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht zieht daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung mit ein. Solche unfallbezogenen Umstände dienen als Beurteilungskriterium, weil sie ihrerseits nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, in Verbindung mit dem Unfall zu einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu führen oder diese zu verstärken. Als wichtigste Kriterien gelten:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter

Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Kriterium ein besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (zum Ganzen: BGE 115 V 133 E. 6).

6.2 Es gilt zunächst, den streitbetroffenen Unfall – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf (vgl. BGer 8C_129/2009 vom 15. September 2009 E. 5.2.1) – nach seiner Schwere zu gewichten.

6.2.1 Laut Schadenmeldung vom 10. August 2018 sei es durch das schlechte Wetter am Morgen zu einem Blitzeinschlag in einen Kran auf der Baustelle gekommen. Der Beschwerdeführer habe in diesem Moment die Ketten des Krans in der Hand gehalten, da er Elemente habe anhängen wollen, weshalb der Blitzeinschlag auch ihn erwischte habe (Suva-act. 1 S. 2). Dem Polizeirapport vom 9. November 2018 ist zu entnehmen, dass gemäss Aussage eines Arbeitskollegen der Beschwerdeführer ca. um 6.45 Uhr bei aufziehendem Regen die Mannschaftsbaracke auf der Baustelle verlassen habe, um Schalungselemente an den Kran zu hängen. Die Schalungselemente seien aufeinander gestapelt gewesen (Höhe ca. 2,2 m), weshalb der Versicherte auf diesen Stapel gestiegen sei und die Nylongurte am Haken des Krans eingehängt habe. Genau in diesem Moment, als der Beschwerdeführer die nassen Nylongurte noch in den Händen gehalten habe, sei ein Blitz in den Kran eingeschlagen. Ein weiterer Arbeitskollege gab zu Protokoll, er habe den Blitzeinschlag von seinem Arbeitsplatz im Nebengebäude aus beobachten können. Der Blitz sei nach dem Einschlag entlang des Lastseils des Krans bis hinunter zu den Schalungselementen zu sehen gewesen. Nach dem Einschlag habe er einen Arbeiter auf

den Schalungselementen liegen sehen. Gemäss Angaben der ausgerückten Polizisten war der Beschwerdeführer in der Mannschaftsbaracke auf dem Boden in stabiler Seitenlage anzutreffen. Er sei zu diesem Zeitpunkt nur bedingt ansprechbar gewesen. Äussere Verletzungen hätten nicht festgestellt werden können (Suva-act. 45 S. 5). Auch die Ärzte des Spitals H. _____ konnten keine Eintrittspforte des Blitzes in den Körper feststellen (Suva-act. 25 S. 1).

6.2.2 Während die Suva von einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich ausgeht (vgl. Suva-act. 137 E. 4.2), stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, es liege – sollte vorliegend nicht gar die allgemeine Adäquanzformel analog wie bei Schreckereignissen anwendbar sein – ein schwerer Unfall, mindestens aber ein mittelschwerer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen vor (act. 1 Ziff. 22–24).

6.2.3 Rechtsprechung und Lehre haben schreckbedingte plötzliche Einflüsse auf die Psyche seit jeher als Einwirkung auf den menschlichen Körper (im Sinne des geltenden Unfallbegriffes) anerkannt und für ihre unfallversicherungsrechtliche Behandlung besondere Regeln entwickelt. Danach setzt die Annahme eines Unfalles voraus, dass es sich um ein aussergewöhnliches Schreckereignis, verbunden mit einem entsprechenden psychischen Schock, handelt; die seelische Einwirkung muss durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart des Versicherten sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und in ihrer überraschenden Heftigkeit geeignet sein, auch bei einem gesunden Menschen durch Störung des seelischen Gleichgewichts typische Angst- und Schreckwirkungen (wie Lähmungen, Herzschlag etc.) hervorzurufen (BGer 8C_609/2018 vom 5. Dezember 2018 E. 2.2). Typische Schreckereignisse sind Brand- oder Erdbebenkatastrophe, ein Eisenbahn- oder Flugzeugunglück, eine schwere Autokollision, ein Brückeneinsturz, ein Bombenabwurf, ein verbrecherischer Überfall oder eine sonstige plötzliche Todesgefahr (Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 46 f.). Die Adäquanz zwischen einem Schreckereignis ohne körperliche Verletzungen und den nachfolgend aufgetretenen psychischen Störungen ist nach der allgemeinen Formel (gewöhnlicher Lauf der Dinge und allgemeine Lebenserfahrung) zu beurteilen. Diese Rechtsprechung trägt der Tatsache Rechnung, dass bei Schreckereignissen – anders als im Rahmen üblicher Unfälle – die psychische Stresssituation im Vordergrund steht, wogegen dem somatischen Geschehen keine (entscheidende) Bedeutung beigemessen werden kann. Aus diesem Grund ist die (analoge) Anwendung der in BGE 115 V 133 entwickelten Adäquanzkriterien ebenso ungeeignet wie diejenige der so genannten

Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109). Nicht anders verhält es sich, wenn die versicherte Person zwar körperlich verletzt wird, die somatischen Beeinträchtigungen indessen lediglich von untergeordneter Bedeutung sind und im Vergleich zum erlittenen psychischen Stress in den Hintergrund treten. Denn auch in solchen Fällen kommt dem somatischen Geschehen keine wesentliche Bedeutung zu. Mithin hat die Beurteilung der Adäquanz zwischen Schreckereignissen, bei welchen die versicherte Person zwar (auch) körperliche Beeinträchtigungen davonträgt, letztere aber nicht entscheidend ins Gewicht fallen, und psychischen Schäden nach der allgemeinen Adäquanzformel zu erfolgen (BGer 8C_298/2016 vom 30. November 2016 E. 4.3).

Angesichts der dargelegten Rechtsprechung ist der Blitzschlagunfall des Beschwerdeführers nicht den eigentlichen bzw. "reinen" Schreckereignissen zuzuordnen. Wie erwähnt, steht bei solchen die psychische Stresssituation im Vordergrund. Bei Schreckereignissen ist die schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors nicht physischer, sondern psychischer Natur. Mit anderen Worten wird eine versicherte Person lediglich Zeuge eines solchen Geschehens und grundsätzlich dadurch nicht in somatischer Hinsicht geschädigt.

Daneben stellt sich aber auch die Frage, wie bei Ereignissen zu verfahren ist, bei denen die versicherte Person auch körperliche Beeinträchtigungen davonträgt. In solchen Fällen, wenn die versicherte Person zwar körperlich verletzt wird, die somatischen Beeinträchtigungen indessen lediglich von untergeordneter Bedeutung sind und im Vergleich zum erlittenen psychischen Stress in den Hintergrund treten, wird die Adäquanz nach der allgemeinen Formel geprüft. Denn auch in solchen Fällen kommt dem somatischen Geschehen keine wesentliche Bedeutung zu (BGer U 548/06 vom 20. September 2007 E. 2.4). Der Beschwerdeführer erlitt ein Barotrauma und daneben zahlreiche nicht objektivierbare Beeinträchtigungen wie kognitive Einschränkungen und psychische Leiden. Doch auch diesfalls ist der Blitzschlagunfall des Versicherten nicht als Schreckereignis zu werten, obschon eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzuspüren ist. Nach wie vor bedarf es aber eines aussergewöhnlichen Schreckereignisses, verbunden mit einem entsprechenden psychischen Schock. Vorliegend wurde der Beschwerdeführer indessen nicht direkt vom Blitz getroffen, sondern es kam zu einem sogenannten "contact strike". Der Blitz schlug oben in den Kran ein und gelangte über das Lastenseil, welches der Versicherte am Ende berührte, zum Boden hin. Ein Teil der Energie floss zweifelsohne durch ihn hindurch. Allerdings ist angesichts des Verletzungsbildes – insbesondere fehlten Stromein- und austrittsmarken, er litt nicht an Herzrhythmusstörungen und war beim

Eintreffen der Rettungskräfte bedingt ansprechbar – davon auszugehen, dass er nur einen sehr geringen Teil abbekam und die Hauptentladung über die Schalungselemente erfolgte. Deshalb ist es gerechtfertigt, den hier zu beurteilenden Unfall wie einen (Stark-)Stromunfall zu behandeln und nicht wie ein Schreckereignis.

6.2.4 In seinem Urteil 8C_584/2010 vom 11. März 2011 hat das Bundesgericht ein Ereignis, bei welchem die versicherte Person auf einer Leiter stehend eine Dachrinne reinigte, welche unter Strom stand (230 Volt Spannung), und anschliessend bewusstlos aus rund drei Metern auf den Boden fiel, insgesamt als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen eingestuft. Es hielt fest, zum bereits für sich allein als mittelschwer zu qualifizierenden Stromunfall mit Bewusstlosigkeit oder zumindest Benommenheit und Muskelkrämpfen hätten sich aufgrund des Verlusts der Kontrolle über den eigenen Körper beim Leitersturz auf den Betonboden nochmals zusätzliche Kräfte entwickelt, weshalb das Unfallereignis insgesamt als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen zu qualifizieren sei (E. 4.2.4 des vorgenannten Urteils). Im Urteil 8C_362/2011 vom 30. Juni 2011 bestätigte das Bundesgericht diese Rechtsprechung. Der dort zu beurteilende Fall betraf einen Versicherten, welcher beim Anfassen eines Stromkabels bzw. des Backofens mit beiden Händen einen Stromschlag erlitt (420 Volt Spannung) und nach hinten gestossen wurde, wobei ihm schwarz wurde vor Augen. Er verlor kurz das Bewusstsein und fiel zu Boden. Weder klebte er an der Stromquelle fest noch bildeten sich Stromein- oder austrittsmarken. Den Unfall ordnete es als mittelschwer im mittleren Bereich ein (E. 3.2 des soeben genannten Urteils). Dieselbe Einordnung machte das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) in seinem Urteil U 166 vom 15. Februar 1993 (RKUV 1993 Nr. U 166 S. 92 E. 2b). Das Sozialversicherungsgericht Zürich ordnete in seinem Urteil UV.2009.00185 vom 22. November 2010 ein Ereignis, bei welchem die versicherte Person bei Reinigungsarbeiten einen Stromschlag erlitt und zu Boden stürzte, wobei sie sich keine schwerwiegenden somatischen Verletzungen zuzog, als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ein (E. 5.6). In einem weiteren Urteil kam das Sozialversicherungsgericht Zürich zu demselben Ergebnis, als ein Versicherter beim Ausmitteln von Stromleitungen einen Niederspannungsunfall mit 552 Volt Gleichstromschlag erlitt und sich vor seinem Gesicht ein Lichtbogen entwickelte. Er blieb weder an der Stromquelle festkleben noch erlitt er Stromein- oder austrittsmarken. Er stürzte in der Folge auch nicht (SVGer ZH UV.2017.00100 vom 15. Juni 2018 E. 6.4).

Da der Beschwerdeführer vorliegend weder am Lastenseil festklebte noch Stromeintritts- oder austrittsmarken feststellbar waren noch ein zusätzlicher Sturz gegeben war und er

indessen nur kurz bewusstlos war, ist das hier zu beurteilende Ereignis als mittelschwer im mittleren Bereich einzuordnen. Demzufolge kann der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden, wenn mindestens drei der massgeblichen Kriterien bzw. eines davon in ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGer 8C_147/2017 vom 2. August 2017 E. 5.1).

6.3

6.3.1 Der Berücksichtigung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffenen Person während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was im einzelnen Betroffenen beim Unfall psychisch vorgeht – sofern sich dies überhaupt zuverlässig feststellen liesse – soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei Betroffenen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen. Zu beachten ist zudem, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (BGer 8C_179/2012 vom 8. November 2012 E. 5.2.2, mit weiteren Hinweisen).

Eine besondere Eindrücklichkeit wurde bejaht bei einem Lastwagenfahrer, dessen Fahrzeug durch Berührung einer Fahrleitung der SBB unter Strom geriet, der Versicherte jedoch selbst keinen Stromschlag erlitt, da der Lastwagen nach den Regeln der Physik als "Faradayscher Käfig" wirkte, der Lastwagen durch die entstandene Druckwelle erheblich beschädigt wurde und Fensterscheiben des SBB-Gebäudes zerbarsten. Ebenso bejaht wurde das Kriterium bei einem Stromunfall, bei dem eine Person beim Reinigen der Regenrinne eines Bauernhofs, welche unter Strom stand, wegen der Muskelverkrampfung der rechten Hand die Umklammerung der Regenrinne nicht mehr lösen konnte. Als der Hofbesitzer den Strom schliesslich ausschaltete, stürzte die Person – inzwischen bewusstlos geworden – zusammen mit einer Metallleiter unkontrolliert aus rund drei Metern auf den Betonboden und blieb dort verletzt liegen (BGer 8C_89/2012 vom 10. Mai 2012 E. 6.2.2).

Dem vorliegend zu beurteilenden Unfall kann auch bei objektiver Betrachtungsweise eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abgesprochen werden. Ein Blitzeinschlag zusammen mit dem entsprechenden Knall erscheint durchaus so eindrücklich wie ein Stromunfall. Das Kriterium kann daher als erfüllt erachtet werden, wenn auch nicht in besonders ausgeprägter Weise.

6.3.2 Das Bundesgericht hat verschiedentlich erkannt, dass Stromunfälle erfahrungsgemäss geeignet sind, zu psychischen Leiden zu führen, weshalb das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen in solchen Fällen gegeben sei (BGer 8C_179/2012 vom 8. November 2012 E. 5.2.3). Dies kann bei einem Blitzunfall, wie dem vorliegenden, auch Geltung beanspruchen. Aufgrund des in Erwägung 6.2.4 und 6.3.1 hiervoor Dargelegten ist dieses Kriterium indessen nicht in ausgeprägter Weise erfüllt.

6.3.3 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der physisch bedingten ärztlichen Behandlung ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Gesamthaft betrachtet wird eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden vorausgesetzt. Dabei reichen ärztliche Verlaufskontrollen, medikamentöse Therapie sowie Physiotherapie nicht aus (BGE 140 V 356 E. 5.6.2; BGer 8C_344/2013 vom 10. Oktober 2013 E. 10).

Wie bereits unter Erwägung 6 dargelegt, gilt es nur die physischen Unfallfolgen zu berücksichtigen. Der Beschwerdeführer hat einzig ein Barotrauma erlitten, welches objektivierbar war. Weitere somatische Verletzungen konnten durch die bildgebenden Untersuchungen nicht gefunden werden (vgl. E. 5.2 hiervoor). Die beidseitige pantonale Schwerhörigkeit mit einem Hörverlust von 12 % auf der rechten und 15 % auf der linken Seite führt zu keiner Hörgeräteversorgung. Insbesondere konnte eine Schallleitungsschwerhörigkeit nicht mehr nachgewiesen werden. Zu dieser Beurteilung gelangte Dr. O. _____ bereits am 24. Mai 2019, mithin knapp zehn Monate nach dem Unfallereignis (vgl. E. 4.6 hiervoor). Gemäss der Kreisärztin ist es gar möglich, dass sich das Gehör noch weiter verbessert. Ausweislich der Akten musste sich der Versicherte diesbezüglich keinen intensiven Behandlungen unterziehen. Die stationären Aufenthalte in den Rehakliniken wie auch in der Psychiatrie sind den weiteren, organisch nicht nachweisbaren Beschwerden geschuldet, welche es auszublenden gilt. Angesichts dessen kann die Erfüllung dieses Kriteriums nicht bejaht werden.

6.3.4 Bezüglich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen ist massgebend, ob über den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden vorlagen (BGer 8C_53/2019 vom 9. Mai 2019 E. 5.3). Diese körperlichen Schmerzen müssen auf organisch nachweisbare, unfallkausale Befunde zurückgehen. Psychische Beschwerden können selbst dann nicht

in die Beurteilung der Adäquanz einbezogen werden, wenn sie körperlich imponieren (vgl. BGer 8C_933/2014 vom 22. April 2015 E. 3.2.2.3).

In Bezug auf das Barotrauma klagte der Beschwerdeführer nicht über Schmerzen. Bei der Aufnahme ins Spital I. _____ berichtete er über bewegungsabhängige Schmerzen an Händen, Handgelenken, Füßen und Achillessehnen sowie über Müdigkeit (Suva-act. 19 S. 4). Anlässlich des Aufenthalts in der Klinik J. _____ berichtete der Beschwerdeführer über Schmerzen in beiden Beinen, links im Bereich des Oberschenkels, rechts im Bereich des gesamten Fusses, vor allem bei Belastung. Er beklagte sich auch über ein Druckgefühl im rechten Fuss sowie über einen Krampf im Bereich der Fusssohle unter Belastung. Die anfänglich aufgetretenen Rückenschmerzen seien nicht mehr vorhanden, auch die ausstrahlenden Schmerzen vom Rücken in die Beine (Suva-act. 51 S. 25). Auch bei Eintritt in die Klinik P. _____ schilderte er starke Schmerzen an der Fusssohle rechts sowie Kopf- und Magenschmerzen. LWS-Schmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein waren nicht vorhanden. Das Barotrauma gab er als gebessert an (Suva-act. 95 S. 8 f.). Hierbei sind einzig die Folgen des Barotraumas zu berücksichtigen, da lediglich dafür ein organisches Korrelat vorhanden ist. Die weiteren geklagten Schmerzen sind somatisch nicht erklärbar, mithin psychosomatisch und haben somit unbeachtlich zu bleiben. Demnach ist die Bejahung auch dieses Kriteriums zu verneinen.

6.3.5 Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ärztlichen Fehlbehandlung liegen keine vor und werden denn auch nicht geltend gemacht. Weiterungen hierzu erübrigen sich. Das Kriterium ist nicht erfüllt.

6.3.6 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf dazu besonderer Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann, genügt allein nicht (BGer 8C_803/2017 vom 14. Juni 2018 E. 3.6). Gleiches gilt für die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien (BGer 8C_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 7.6).

Hierbei ist, wie schon unter Erwägung 6.3.4 vorstehend dargelegt, lediglich das Barotrauma einzubeziehen. Diesbezüglich sind keinerlei Komplikationen oder ein schwieriger Heilungsverlauf zu erblicken. Das Kriterium ist nicht erfüllt.

6.3.7 Beim Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind nur jene Zeiten zu berücksichtigen, während der die versicherte Person aufgrund einer rein physischen Betrachtungsweise arbeitsunfähig war (vgl. BGer 8C_362/2014 vom 25. Juni 2014 E. 4.2.7)

Durch das Barotrauma wurde der Beschwerdeführer nicht erheblich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Bereits neun Monate nach dem Unfallereignis stand fest, dass er zwar auf beiden Seiten einen leichten Hörverlust hinnehmen muss, indessen eine Hörgeräteversorgung nicht indiziert ist. Eine Schallleitungsschwerhörigkeit konnte ausgeschlossen werden (vgl. E. 4.6 und 4.7 hiervor). Damit ist auch dieses Kriterium nicht gegeben.

6.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass von den zu prüfenden Adäquanzkriterien lediglich deren zwei erfüllt sind, namentlich die besonders dramatischen Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sowie die Schwere oder besondere Art der erlittenen somatischen Verletzungen, beide indessen nicht in ausgeprägter Weise. Infolgedessen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 8. August 2018 und den psychischen Beschwerden zu verneinen.

7. Nach dem Gesagten steht fest, dass die Suva den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 8. August 2018 zu Recht verneint hat und die Leistungseinstellung per 30. November 2019 nicht zu beanstanden ist. Damit erweist sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

8. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos und eine Parteientschädigung ist dem Beschwerdeführer – bei vollständigem Unterliegen – nicht zuzusprechen (vgl. Art. 61 lit. a und lit. g ATSG). Dem obsiegenden Sozialversicherer ist in Übereinstimmung mit Art. 61 lit. g ATSG – welcher nur für die obsiegende Beschwerde führende Partei eine Entschädigung vorsieht – ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die Suva, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Luzern, sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 26. April 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am