

200 13 1051 UV
SCP/PES/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Oktober 2014

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch B. _____,
Rechtsanwältin Dr. iur. C. _____

Beschwerdeführer



gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 24. Oktober 2013 (E 2072/13)

Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war als Angestellter des N._____ bei der SUVA (nachfolgend SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er gemäss Schadenmeldung UVG vom 17. Februar 2012 (Antwortbeilage [AB] 1) am 7. Februar 2012 beim Skifahren stürzte und sich verletzte. Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (AB 3).

Am 30. Mai 2012 meldete die SUVA den Versicherten auf Empfehlung von dessen Hausärztin (vgl. AB 14) zum ambulanten HWS-Assessment in der Rehaklinik D._____ an (AB 23). Am 25. Juni 2012 informierte die Rehaklinik D._____ die SUVA telefonisch, dass sich anlässlich des Assessments herausgestellt habe, dass der Versicherte am 9. Februar 2012 einen weiteren Unfall gehabt habe. Er sei zu Hause am Abend mit einem nassen Hemd zum Auto gegangen, auf Eis ausgerutscht und auf den Kopf gefallen. Zirka eine Stunde später sei er wieder ins Haus gegangen. Das Hemd sei bereits gefroren gewesen. Scheinbar habe eine Amnesie bestanden. Aufgrund der Feststellungen anlässlich des Assessments sei eine stationäre Rehabilitation von vier Wochen als indiziert zu betrachten (AB 31; vgl. AB 33).

Vom 12. Juli 2012 bis zum 27. August 2012 befand sich der Versicherte in der Folge in stationärer Rehabilitation in der Rehaklinik D._____ (AB 38 S. 21). Bei Austritt erachteten die Ärzte der Klinik die angestammte berufliche Tätigkeit als ... als dem Versicherten aus unfallkausaler Sicht noch nicht vollumfänglich zumutbar. Sie empfahlen eine berufliche Wiedereingliederung im Sinne einer Arbeitsaufnahme zur Anpassung und Angewöhnung an die Arbeit mit zunächst 50% Präsenz. Im Verlauf sei die Arbeitsfähigkeit durch die Hausärztin in Absprache mit dem Patienten und dem Arbeitgeber anhand der tatsächlich erbrachten Leistung festzulegen (AB 38 S. 25).

Zur Ergänzung ihrer medizinischen Akten holte die SUVA in der Folge beim Spitals E. _____ einen Bericht zur kardiologischen Abklärung des Versicherten vom September 2012 (AB 58) sowie Berichte zur pneumologischen Abklärung des Versicherten durch Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie FMH, ein (AB 53 i.V.m. AB 80 und 83).

Ab dem 1. Dezember 2012 fand ein Arbeitsversuch mit einer Präsenzzeit von 50% bei noch vollständig attestierter Arbeitsunfähigkeit statt (AB 64, 66). Ab dem 1. Januar 2013 wurde der Versicherte von seiner Hausärztin zu 50% arbeitsfähig geschrieben (AB 65).

Am 8. Februar 2013 versah der Kreisarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, die ihm vom zuständigen Sachbearbeiter unterbreiteten Fragen gestützt auf die Akten zumindest teilweise mit Antworten. Die Frage nach den aktuellen Beschwerden des Versicherten beantwortete er nicht. Auf die Frage, ob von einer weiteren ärztlichen Behandlung noch eine erhebliche Besserung zu erwarten sei, antwortete er mit: «Nein». Die Frage, welchen Beschwerden ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung fehlen würde, beantwortete er mit: «Allen». Ebenso die Frage, welche der Beschwerden auch psychisch verursacht werden könnten. Auf die Frage, welche Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallfremd seien, listete er: «Hypertonie, Pneumopathie, degenerative Veränderungen der HWS, alte Mikroinfarkte im Hirn, Adipositas» auf. Zudem merkte er an, es gäbe keine unfallbedingte strukturelle Läsion, welche eine Arbeitsunfähigkeit erklären könnte (AB 84).

Am 28. Februar 2013 verfügte die SUVA ihre Leistungseinstellung. Aufgrund der Abklärungen seien die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar. Die daher zu prüfende Adäquanz sei zu verneinen. Die Versicherungsleistungen würden somit per 28. Februar 2013 eingestellt (AB 89).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 22. März 2013 (Datum der Postaufgabe) Einsprache (AB 94), welche er am 2. September 2013, neu vertreten durch den B._____, Fürsprecherin G._____, unter Beilage eines Berichts von Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Juli 2013, nachbegründen liess (AB 108). Am 10. Oktober 2013 leitete die Rechtsvertreterin des Versicherten der SUVA zudem noch einen Bericht von Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Arbeitsmedizin FMH, vom 20. September 2013 weiter (AB 110).

Ohne weitere Abklärungen erliess die SUVA am 24. Oktober 2013 den vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid. Es hätten sich beim Beschwerdeführer nie unfallbedingte objektivierbare strukturelle Veränderungen oder Befunde feststellen lassen. Angesichtes dessen könne auf weitere Beweismassnahmen verzichtet werden, zumal die Beurteilung der adäquaten Kausalität organisch nicht nachweisbarer Beeinträchtigungen nicht durch Ärzte, sondern durch die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht zu entscheiden sei. Die Adäquanz sei vorliegend zu verneinen (AB 111).

C.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte, vertreten durch den B._____, Rechtsanwältin Dr. iur. C._____, am 25. November 2013 Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit den Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen. Sodann sei über den Taggeldanspruch oder einen allfälligen Rentenanspruch sowie über die Integritätsentschädigung neu zu befinden. Unter Entschädigungsfolge der Beschwerde beigelegt waren acht der Beschwerdegegnerin bereits aus dem Verwaltungs- bzw. Einspracheverfahren teilweise bekannte Arztberichte, die alle vor dem Einspracheentscheid datieren (Beschwerdebeilage [BB] 3).

Am 10. Februar 2014 wurde die Beschwerdegegnerin darüber informiert, dass die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung des Beschwerdeführers für notwendig erachtet (AB Blatt 1).

Am 21. Februar 2014 (Datum der Postaufgabe) reichte die Beschwerdegegnerin eine Beschwerdeantwort unter Beilage einer neurologischen und orthopädischen Aktenbeurteilung durch die Dres. med. J._____, Facharzt für Neurologie, und K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. Februar 2014 ein, mit dem Antrag, die Beschwerde sei ohne Weiterungen abzuweisen.

Mit Replik vom 25. April 2014 beantragt der Beschwerdeführer, wiederum vertreten durch den B._____, Rechtsanwältin Dr. iur C._____, die Sistierung des Beschwerdeverfahrens bis zum Vorliegen des polydisziplinären Gutachtens im IV-Verfahren. Anschliessend seien die vollständigen IV-Akten zu edieren. Im Übrigen hält der Beschwerdeführer an seinen bisherigen Anträgen fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. Mai 2014 wurden die mit der Replik gestellten Verfahrensanträge abgewiesen.

Am 9. Mai 2014 ging dem Verwaltungsgericht eine Duplik der Beschwerdegegnerin zu. Darin beantragt die Beschwerdegegnerin unverändert die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über

die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 24. Oktober 2013 (AB 111). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus UVG über den 28. Februar 2013 hinaus und dabei insbesondere, ob der Sachverhalt betreffend die Folgen der Unfälle vom 7. und 9. Februar 2012 rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

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

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

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

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

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in Medizin und Recht müssen nicht immer gänzlich deckungsgleich sein. Deshalb kann es vorkommen, dass der natürliche Kausalzusammenhang aufgrund (unfall-)medizinischer Erfahrung rechtlich bejaht wird, obwohl im Einzelfall ein strikter Beweis im medizinisch-wissenschaftlichen Sinn nicht zu erbringen ist (BGE 117 V 369 E. 3e S. 379).

Bestehen bei Schleudertraumen der Halswirbelsäule, äquivalenten Unfallmechanismen und Schädel-Hirntraumen mit vergleichbaren Folgen länger und ohne deutliche Besserungstendenz Beschwerden, ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung rasch eine interdisziplinäre Abklärung und Beurteilung durch Fachärzte angezeigt. Gleiches gilt, wenn bereits kurz nach dem Unfall Anhaltspunkte für einen problematischen Verlauf vorliegen. In der Regel dürfte eine solche poly-/interdisziplinäre Begutachtung nach rund sechs Monaten Beschwerdepersistenz zu veranlassen sein (BGE 134 V 109 E. 9.3 f. S. 124).

Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472).

2.2.2 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 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250, 134 V 109 E. 2.1 S. 112). Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Ge-

schehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.; BGE 119 V 335 E. 1 S. 338, 117 V 359 E. 4b S. 360) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber bereits unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 U 465 S. 438 E. 3a). Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) festgelegten Kriterien, d.h. ohne Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103). Die

Grundsätze gemäss BGE 115 V 133 sind auch anwendbar, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blosser Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (SVR 2007 UV Nr. 8 S. 28 E. 2.2).

2.3 Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2009 IV Nr. 4 S. 7 E. 4.2.2).

Der den Sozialversicherungsprozess beherrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begrifflich notwendig aus, da es Sache des Gerichts – und der verfügenden Behörde – ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen mithin in diesem Verfahrensbereich in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, durch die Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222).

2.4 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

2.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

2.7 Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweis-

grundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

2.8 Aktengutachten sind nach der Praxis nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.

3.1 Gemäss Arztzeugnis UVG von Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, erlitt der Beschwerdeführer am 7. Februar 2012 bei einem Skiunfall ein Hyperextensionstrauma der Halswirbelsäule mit in der Folge vollständiger Arbeitsunfähigkeit. Anlässlich eines Röntgens der Halswirbelsäule vom 14. Februar 2012 konnte eine Fraktur ausgeschlossen werden. Röntgenologisch wurden moderate degenerative Veränderungen mit Punctum Maximum im Bereich C5/C6 festgestellt. Dr. med. L._____ empfahl in der Folge eine Abklärung in der Rehaklinik D._____ (AB 14 i.V.m. AB 21).

3.2 Am 24. Juli 2012 fand in der Rehaklinik D._____ ein neurologisches Konsilium statt, nachdem anlässlich eines ambulanten Assessments festgestellt worden war, dass der Versicherte am 9. Februar 2012 einen zweiten Unfall erlitten hatte mit länger dauernder Bewusstlosigkeit und einer wahrscheinlich eine Stunde dauernden Amnesie (vgl. AB 31, 33, sowie AB 38 S. 18 ff.). Anlässlich des neurologischen Konsiliums wurden beim Beschwerdeführer bezüglich des Unfalls vom 7. Februar 2012 ein Hyperextensionstrauma der Halswirbelsäule sowie eine Schädelprellung diagnostiziert. Bezüglich des Unfalls vom 9. Februar 2012 wurden eine Schädelprellung rechts frontoparietal sowie ein Verdacht auf eine leichte traumatische Hirnverletzung (LTHV) diagnostiziert. Den Diagnosekriterien nach habe der

Patient bereits beim Skiunfall am 7. Februar 2012 eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten mit wahrscheinlich sehr kurzzeitiger Bewusstlosigkeit, jedoch über Stunden dauernder leichter situativer Desorientiertheit basierend auf offensichtlich mnestischen Lücken. Zwei Tage später sei es durch einen Sturz auf Glatteis klinisch zu einer erneuten leichten traumatischen Hirnverletzung mit länger dauernder Bewusstlosigkeit gekommen, immerhin habe diese angehalten, bis sein feuchtes Hemd gefroren gewesen sei, was auf eine eine Stunde dauernde Amnesie von 23 Uhr bis Mitternacht schliessen lasse. Der Patient habe seither seine Arbeit nicht wieder aufgenommen. Der Patient berichte über eine noch ausgeprägte Erschöpfbarkeit, Leistungsminderung, Konzentrationsstörungen und Druckkopfschmerzen frontal, welche am ehesten als chronische Spannungskopfschmerzen einzuordnen seien. Aufgrund der stattgefundenen Ereignisse sei eine zerebrale Bildgebung indiziert, um eine höhergradige Hirnverletzung auszuschliessen. Die Indikation für eine neuropsychologische Untersuchung sei gegeben (vgl. AB 38 S. 18 – 20).

3.3 Am 27. Juli 2012 erfolgte in der Rehaklinik D._____ eine psychosomatische Abklärung. Bis auf eine rasche kognitive Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen wurden dabei psychische Symptome verneint. Dementsprechend sei von keiner psychischen Störung auszugehen. Eine Suchtthematik sei ebenfalls negiert worden. Es hätten sich eine recht gute psychosoziale Situation und eine unauffällige Anamnese gezeigt. Vor diesem Hintergrund sei eine Somatisierung als eher unwahrscheinlich zu betrachten und die Symptome bildgebend weiter abzuklären (vgl. AB 38 S. 23 und 27).

3.4 Am 3. August 2012 wurden ein MRI des Gehirns und der Halswirbelsäule durchgeführt. Das MRI des Gehirns zeigte keine Diffusionsrestriktionen und somit keine frischen Läsionen. Es fanden sich beidseits supratentoriell in der weissen Substanz peripher subkortikal gelegene unspezifische T2-Hyperintensitäten. Diese würden am ehesten alten Mikroinfarkten entsprechen. Die Befunde seien ausgeprägter als im Altersdurchschnitt (AB 38 S. 11). Bei der HWS fanden sich geringe Segmentdegenerationen C5/6 und C6/7 ohne relevante Einengung (AB 38 S. 12).

3.5 Am 17. August 2012 fand eine neuropsychologische Untersuchung statt. Bezüglich des Unfalls vom 7. Februar 2012 wurden anlässlich dieser Untersuchung ein Hyperextensionstrauma der HWS, eine Schädelprellung sowie eine leichte traumatische Hirnverletzung diagnostiziert. Bezüglich des Unfalls vom 9. Februar 2012 wurden eine Schädelprellung rechts frontoparietal sowie ebenfalls eine leichte traumatische Hirnverletzung diagnostiziert. Im Rahmen der zweistündigen neuropsychologischen Untersuchung konnten testpsychologisch keine kognitiven Defizite objektiviert werden. Allerdings sei anzumerken, dass die Ergebnisse einzelner Tests im unteren Durchschnittsbereich lägen, was als Ausdruck der vom Patienten im Alltag subjektiv erlebten Einschränkungen gewertet werden könne. Die Symptomvalidierung habe gänzlich unauffällige Testergebnisse ergeben, so dass Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könnten. Die vom Patienten im Alltag subjektiv erlebten Beschwerden seien demzufolge als authentisch zu werten. Sollten sich diese bis im November 2012 nicht zurückgebildet haben, sei dem Patienten empfohlen worden, nochmals im neuropsychologischen Dienst der Rehaklinik D._____ vorstellig zu werden (AB 38 S. 16).

3.6 Im Austrittsbericht der Rehaklinik D._____ vom 3. September 2012 wurden als Diagnosen bezüglich Unfall vom 7. Februar 2012 erneut ein Hyperextensionstrauma der HWS, eine Schädelprellung sowie eine leichte traumatische Hirnverletzung festgehalten und bezüglich Unfall vom 9. Februar 2012 eine Schädelprellung rechts frontoparietal sowie eine leichte traumatische Hirnverletzung diagnostiziert. Das Ausmass der physischen Einschränkung lasse sich mit den in der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung objektivierbaren pathologischen Befunden sowie den Diagnosen erklären. Sie interpretierten einen Teil des Beschwerdebildes im Rahmen eines myofaszialen Schmerzsyndroms im Schulter-Nacken-Bereich bei entsprechenden Weichteilbefunden. Zusätzlich zeige ein MRI der HWS degenerative Veränderungen im Bereich C5/6 und C6/7. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Prognose der leichten traumatischen Hirnverletzung grundsätzlich positiv. Gemäss Literatur sei bei mehreren konsekutiven leichten traumatischen Hirnverletzungen mit einem prolongierten Heilungsverlauf von zirka sechs bis neun Monaten zu

rechnen. Sollten sich die Beschwerden, wie kognitive Defizite, Kopfschmerzen und Schwindel, bis November 2012 nicht zurückgebildet haben, sei dem Patienten empfohlen worden, sich nochmals im neuropsychologischen Dienst der Rehaklinik D. _____ vorzustellen. Weitere therapeutische Massnahmen seien aus neuropsychologischer Sicht und insbesondere auch in kognitiver Hinsicht zum jetzigen Zeitpunkt nicht notwendig. Die angestammte berufliche Tätigkeit als ... sei aus unfallkausaler Sicht noch nicht vollumfänglich zumutbar. Sie würden eine berufliche Wiedereingliederung im Sinne einer Arbeitsaufnahme zur Anpassung und Angewöhnung an die Arbeit mit zunächst 50% Präsenz empfehlen. Im Verlauf sei die Arbeitsfähigkeit durch die Hausärztin in Absprache mit dem Patienten und dem Arbeitgeber anhand der tatsächlich erbrachten Leistung festzulegen. Zu gegebener Zeit werde auch eine Leistungsprüfung durch die SUVA am Arbeitsplatz empfohlen. Die Prognose für einen erfolgreichen beruflichen Wiedereinstieg erachteten die Ärzte bei diesem sehr motivierten Patienten als positiv (AB 38 S. 21 ff.).

3.7 Eine kardiologische Abklärung des Versicherten vom 11. September 2012 im Spital E. _____ ergab als Diagnosen eine Hypertensive Herzkrankung, eine Ektasie der Aorta ascendens sowie kardiovaskuläre Risikofaktoren. Eine relevante strukturelle koronare Herzkrankung konnte weitgehend ausgeschlossen werden. Es wurde eine Abklärung der pulmonalen Problematik empfohlen (AB 58 S. 2 – 3). Eine solche fand in der Folge bei Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie FMH, statt. Gemäss dessen Bericht vom 11. Januar 2013 konnte dabei keine für die subjektiv vermehrte Tagesmüdigkeit erklärende, schlafassoziierte Atemstörung objektiviert werden. Es sei grundsätzlich denkbar, dass die monierte Ermüdbarkeit mit dem erlittenen leichten Schädelhirntrauma erklärt sei (AB 80; vgl. auch AB 83).

3.8 In ihren ärztlichen Zwischenberichten an die SUVA hielt die Hausärztin als Diagnose einen Zustand nach zweimaliger Schädelprellung im Februar 2012 mit leichten Hirnverletzungen fest und attestierte dem Beschwerdeführer gestützt auf diese Diagnose bis zum 31. Dezember 2012 eine volle und ab dem 1. Januar 2013 eine halbe Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 65, 74).

3.9 Am 8. Februar 2013 unterbreitete der zuständige Sachbearbeiter dem Kreisarzt Dr. med. F. _____ verschiedene Fragen, welche dieser in der Folge gestützt auf die Akten zumindest teilweise beantwortete. Die Frage nach den aktuellen Beschwerden beantwortete er nicht. Auf die Frage, ob von einer weiteren ärztlichen Behandlung noch eine erhebliche Besserung zu erwarten sei, antwortete er mit: «Nein». Die Frage, welchen Beschwerden ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung fehlen würde, beantwortete er mit: «Allen». Ebenso die Frage, welche der Beschwerden auch psychisch verursacht werden könnten. Auf die Frage, welche Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallfremd seien, listete er: «Hypertonie, Pneumopathie, degenerative Veränderungen der HWS, alte Mikroinfarkte im Hirn, Adipositas» auf. Zudem merkte er an, es gäbe keine unfallbedingte strukturelle Läsion, welche eine Arbeitsunfähigkeit erklären könnte (AB 84).

4.

4.1 Die Ärzte der Rehaklinik D. _____ kamen aufgrund ihrer Abklärungen zum Schluss, die Beschwerden des Beschwerdeführers seien authentisch und eine Somatisierung sei als eher unwahrscheinlich zu betrachten (AB 38 S. 16 und 23). In der Folge hielten sie in ihrem Austrittsbericht vom 3. September 2012 explizit fest, das Ausmass der physischen Einschränkung lasse sich mit den in der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung objektivierbaren pathologischen Befunden sowie den Diagnosen erklären. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Prognose der leichten traumatischen Hirnverletzung grundsätzlich positiv. Sollten sich die Beschwerden bis November 2012 jedoch nicht zurückgebildet haben, sei dem Beschwerdeführer empfohlen worden, sich nochmals im neuropsychologischen Dienst der Rehaklinik D. _____ vorzustellen (AB 38 S. 24). Die angestammte berufliche Tätigkeit als ... sei dem Beschwerdeführer aus unfallkausaler Sicht noch nicht vollumfänglich zumutbar. Sie würden eine berufliche Wiedereingliederung im Sinne einer Arbeitsaufnahme zur Anpassung und Angewöhnung an die Arbeit mit zunächst 50% Präsenz empfehlen. Im Verlauf sei die Arbeitsfähigkeit durch die Hausärztin in

Absprache mit dem Patienten und dem Arbeitgeber anhand der tatsächlich erbrachten Leistung festzulegen (AB 38 S. 25; vgl. E. 3.3 – 3.6 hiervoor).

4.2 Der Beschwerdeführer wurde in der Folge von seiner Hausärztin bis zum 31. Dezember 2012 weiterhin zu 100% und ab dem 1. Januar 2013 zu 50% arbeitsunfähig geschrieben (vgl. E. 3.8 hiervoor). Zwischenzeitlich fanden lediglich eine kardiologische sowie pneumologische Abklärungen statt, welche keine neuen Erkenntnisse im Hinblick auf die von der Rehaklinik D. _____ als zumindest teilweise unfallkausal beurteilten Beschwerden des Beschwerdeführers erbrachten (AB 58 S. 2 – 3, AB 80, AB 83). Trotz fehlender Rückbildung der betreffenden Beschwerden bis November 2012 fanden in der Folge weder eine nochmalige Vorstellung in der Rehaklinik D. _____, noch eine anderweitige interdisziplinäre Abklärung und Beurteilung durch Fachärzte statt, obwohl eine solche von der Rehaklinik D. _____ empfohlen und angesichts des geklagten Beschwerdebildes sowie der Beschwerdepersistenz gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung angezeigt gewesen wäre (vgl. BGE 134 V 109 E. 9.3 f. S. 124). Stattdessen unterbreitete der zuständige Sachbearbeiter das Dossier mit entsprechenden Fragen für eine Kurzbeurteilung dem Kreisarzt Dr. med. F. _____, welcher ohne erkennbare Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen in den Akten die ihm unterbreiteten Fragen – soweit überhaupt – äusserst knapp mit Antworten versah (siehe AB 84). Indem die Beschwerdegegnerin in der Folge einzig gestützt auf diese von der früheren Beurteilung durch die Ärzte der Rehaklinik D. _____ wie auch der Hausärztin abweichende Kurzbeurteilung durch den Kreisarzt und ohne aktuelle Untersuchung des Beschwerdeführers ihre Leistungen einstellte, ist sie ihrer Abklärungspflicht im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes nicht hinreichend nachgekommen.

4.3 Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin einen Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr. med. H. _____ ein, welcher von einer erlittenen schweren Commotio ausging und hinsichtlich der Leistungseinbussen sinngemäss eine teilweise Unfallkausalität bejahte, indem er ausführte, das Gehirn brauche oft einfach viel Zeit und es sei gegebenenfalls eine nochmalige Reha in den D. _____ Kliniken zu überlegen (vgl. AB 108 S. 5). Der Einsprache-

dienst hat sich in der Folge, ohne dass er aktenkundig Rücksprache mit den versicherungsinternen medizinischen Diensten genommen hätte, über diese Beurteilung im Rahmen der Beweiswürdigung hinweggesetzt. Im Lichte der prognostischen Einschätzungen und Empfehlungen der Ärzte der Rehaklinik D._____ und dem Umstand, dass eine Teilursächlichkeit für das Fortbestehen der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin genügt, hätte sich spätestens im Einspracheverfahren angesichts der komplexen multifaktoriellen Beschwerdesymptomatik namentlich mit Bezug auf die ebenfalls erfolgte Einstellung der Heilbehandlung eine externe Begutachtung oder zumindest eine Klärung der Verhältnisse durch die versicherungsinternen medizinischen Dienste aufgedrängt. Nachdem die Beschwerdegegnerin eine solche Klärung vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids nicht veranlasst hat, hat sie den medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt. Die Notwendigkeit einer solchen Klärung hat die Beschwerdegegnerin im Beschwerdeverfahren insofern anerkannt, als sie vor Einreichung ihrer Beschwerdeantwort ihren versicherungsinternen medizinischen Dienst mit einer neurologischen und orthopädischen Aktenbeurteilung beauftragt hat.

4.4 Aus prozessökonomischen Gründen können trotz der devolutiven Wirkung einer Beschwerde vom Versicherungsträger während des gerichtlichen Verfahrens unter gewissen Voraussetzungen ergänzende Abklärungen getroffen werden. Indem die Invalidenversicherung im vorliegenden Fall jedoch parallel dazu eine umfassende polydisziplinäre Untersuchung angekündigt hat, in deren Rahmen aufgrund der Anträge des Beschwerdeführers auch die vorliegend interessierenden Fragen der Unfallkausalität geklärt werden sollen, ist eine besondere Konstellation eingetreten, die die Aufhebung des angefochtenen Entscheids samt Zuwarten bis zum Vorliegen des Gutachtens rechtfertigt. Denn die von der Beschwerdegegnerin – womöglich auf Druck und in Kenntnis der von der IV-Stelle Bern angeordneten polydisziplinären Abklärung – während des vorliegenden Verfahrens veranlasste Beurteilung beruht nicht auf einer persönlichen Untersuchung, anlässlich welcher allenfalls ergänzende Angaben zum jeweiligen Ereignisverlauf erhoben werden könnten. Die Beschwerde ist deshalb insofern gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, zwecks Abwartens

des von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachtens und anschliessend erneuter Beurteilung ihrer Leistungspflicht. Da der Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde auch bei einer Rückweisung der Sache andauert (vgl. BGE 129 V 370), erleidet die Beschwerdegegnerin durch dieses Vorgehen keinen Nachteil und dem Beschwerdeführer geht keine Instanz verloren. In diesem Sinne ist der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, nach Vorliegen des von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachtens über die Streitsache erneut zu entscheiden.

5.

5.1 Verfahrenskosten sind in Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

5.2 Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen im Sinne von BGE 135 I 1 sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. dazu Rundschreiben vom 16. Dezember 2009, im Internet abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne von BGE 135 I 1 wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- festgelegt.

Vorliegend wurde der Beschwerdeführer durch Rechtsanwältin Dr. iur. C._____ vom B._____, einer gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstelle im Sinne von BGE 135 I 1, vertreten. Mit Kostennote vom 3. Juni 2014 wurde ein Aufwand von 10 Stunden 15 Minuten à Fr. 130.-- (= Fr. 1'332.50) zuzüglich Fr. 35.-- Auslagen und Fr. 109.40 Mehrwertsteuer, total Fr. 1'476.90, geltend gemacht, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung wird damit auf Fr. 1'476.90 festgesetzt; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA vom 24. Oktober 2013 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'476.90 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B._____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.