

200 13 654 UV
GRD/SCM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. September 2014

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
Beschwerdeführer



gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 4. Juli 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit dem 1. Januar 2001 bei der C._____, tätig und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert (vgl. Akten der SUVA [act. IIA] 1). Nach zwei Unfallereignissen in den Jahren 1993 und 1998 zog sich der Versicherte am 2. Januar 2005 bei einer Auffahrkollision eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und bei einem weiteren Unfall am 21. Februar 2006 eine Verletzung am Kopf zu (vgl. act. IIA 1, Beschwerdebeilage [act. I] 1 S. 2 lit. A, act. I 6, 13 S. 1 lit. A, act. I 15 S. 6 f.). Mit Verfügung vom 11. September 2008 und Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2008 stellte die SUVA ihre Leistungen per 30. September 2008 mit der Begründung ein, dass die noch geklagten Beschwerden organisch objektiv nicht ausgewiesen seien und sich nicht adäquat-kausal auf den Unfall vom 2. Januar 2005 zurückführen liessen (vgl. act. I 1 S. 2, act. I 5 S. 2).

B.

Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 7. September 2010 ab (VGE UV/2009/99). Das Bundesgericht hiess die hierauf erhobene Beschwerde am 15. Februar 2011 in dem Sinne gut, als der vorinstanzliche Entscheid und der Einspracheentscheid der SUVA vom 30. Dezember 2008 aufgehoben wurden und die Sache an die SUVA zurückgewiesen wurde, damit sie über ihre Leistungspflicht ab 1. Oktober 2008 neu verfüge (Entscheid des Bundesgerichts [BGer], 8C_844/2010 [act. I 5]). Dabei führte es in Erwägung 4.10. aus: *„Soweit die Adäquanz nicht zu negieren ist, bedarf es hinsichtlich der Beschwerden weiterer Abklärungen; die Einholung eines poly-/interdisziplinären Gutachtens ist diesfalls unabdingbar (...).“*

Nach Einholung eines interdisziplinären medizinischen Gutachtens der MEDAS (act. I 21) und hierzu erfolgter Stellungnahme des Versicherten (act. I 4), lehnte die SUVA mit Verfügung vom 5. Februar 2013 (act. I 3) einen Anspruch auf UV-Leistungen über den 30. September 2008 hinaus weiterhin ab. Die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) blieben somit per diesem Datum eingestellt. Hiergegen erhob der Versicherte am 28. Februar 2013 (act. I 2) Einsprache, welche die SUVA mit Entscheid vom 4. Juli 2013 (act. I 1) abwies.

C.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte am 25. Juli 2013 Beschwerde und beantragte – unter Kosten- und Entschädigungsfolge – dessen Aufhebung sowie sinngemäss die Einholung eines neuen Gutachtens.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____, die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde sowie die Wettschlagung der Kosten.

Am 23. September 2014 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid der SUVA vom 4. Juli 2013 (act. I 1). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung über den 30. September 2008 hinaus im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 2. Januar 2005 und 21. Februar 2006.

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 Ein-

wirkung 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 entfiere ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

2.2.2 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).

2.3 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).

2.4 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).

3.

3.1 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 2. Januar 2005 und 21. Februar 2006 zwei Unfälle im Rechtssinne erlitten hat (E. 2.1 hiavor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin als Unfallversicherer hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf den besagten Unfällen – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per Ende September 2008 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist vorliegend insbesondere zu prüfen, ob auf das von der Beschwerdegegnerin im Nachgang an den bundesgerichtlichen Entscheid BGer 8C_844/2010 in Auftrag gegebene Gutachten vom 9. August 2012 (act. I 21) abgestellt werden kann. Diesbezüglich führt der Beschwerdeführer aus, das Gutachten sei infolge grober Fehler sowie unrichtiger, nicht nachvollziehbarer Angaben und Begründungen, nicht verwertbar (vgl. Beschwerde S. 3, act. I 4).

3.2 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 9. August 2012 (act. I 21) mit Beurteilungen in den Fachrichtungen Allgemeinmedizin, internistische Medizin, Orthopädie, Neurologie, Otorhinolaryngologie und Psychiatrie wurde der Beschwerdeführer von den nachstehenden Spezialisten untersucht:

3.2.1 Dr. med. D._____, Facharzt für Gastroenterologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt fest, dass aus allgemeinmedizinischer Sicht ausserhalb des Symptomenkomplexes des Schleudertraumas keine relevanten Erkrankungen bestünden (S. 21). Berufliche oder medizinische Massnahmen seien nicht angezeigt (S. 22).

3.2.2 Dr. med. E._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte die folgenden Diagnosen (S. 26):

- Status nach zweifachen Verkehrsunfällen
- Heck-Auffahrkollision 02.01.2005
- Intermittierendes Thoracalsyndrom
- Status nach Orbitafraktur nach Velosturz 1993
- Status nach Meniskus-OP links 1982
- Status nach Kniegelenksdistorsion 01/2012
- Status nach Kopfanprall beim Gehen gegen einen Türpfosten 2006

Nach zwei Verkehrsunfällen mit Traumatisierungen der HWS klage der Beschwerdeführer immer noch über persistierende Cervicalgien. Die orthopädische Statuserhebung gestalte sich relativ bland. Es bestehe nur eine äusserst geringe und im Wesentlichen schmerzlose Bewegungseinschränkung der HWS-Funktion. Die paracervicale Muskulatur sei etwas insuffizient, eigentliche Muskelverspannungen oder Druckdolenzten fänden sich im Schulter-/Nackenbereich aber nicht. Zusammengefasst bestehe aus rein orthopädischer Sicht kein objektivierbarer Befund, durch den eine Einschränkung einer Arbeitsfähigkeit zu begründen wäre. Schmerzbedingt seien allenfalls repetitive Überkopfarbeiten nicht zu empfehlen (S. 27). Die Tätigkeit in einem technisch administrativen Beruf könne der Versicherte aus orthopädischer Sicht uneingeschränkt durchführen (S. 28).

3.2.3 Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte Nachstehendes (S. 31):

- Chronifiziertes cervicales und cephalas Schmerzsyndrom mit Tinnitus
- Status nach Heckauffahrkollision mit Distorsionstrauma der Halswirbelsäule am 02.01.2005
- Status nach Schädelprellung am 21.02.2006

Nach seinen Beschwerden befragt, stehe für den Exploranden der konstante hochfrequente Tinnitus im Vordergrund, welcher sich unter physischer Belastung und in der zweiten Tageshälfte verstärkt manifestiere sowie Konzentrations- und Einschlafprobleme bedingen würde. Daneben leide er abhängig von Kopfbewegungen unter konstanten Nackenschmerzen betont hochcervical und links, welche sich auf die linke Schulter ausbreiten und im Tagesverlauf an Intensität zunehmen würden. Unabhängig von den Nackenschmerzen bestünde ein Druckgefühl bifrontal, welches sich belastungsabhängig zu pochenden Kopfschmerzen frontal-temporal auswachsen würde, welche über Stunden persistierten und Schlafprobleme bedingten. Die Kopfschmerzen seien oft von Sehstörungen ("Unschärfsehen") und Photophobie, nicht jedoch von vegetativen Symptomen wie Nausea und Erbrechen begleitet. Der Explorand beschreibe Konzentrationsprobleme, Frischgedächtnisstörungen, eine Beeinträchtigung seiner Aufnahmefähigkeit sowie Mühe bei der Planung von Arbeitsabläufen (S. 31). Mit Ausnahme eines höchstens mässig ausgeprägten Cervicalsyndroms ergebe die neurologische Untersuchung spärliche objektiv fassbare Befunde, indem hirnfokale Symptome, Hinweise auf eine spinale, radikuläre bzw. auf eine peripher-neurogene Läsion fehlten. Die paraklinischen Befunde ergäben kein objektiv fassbares Korrelat zu den geklagten Beschwerden, weshalb diese aus somatischer Sicht nicht adäquat erklärt werden könnten (S. 32).

3.2.4 Dr. med. G. _____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) FMH, diagnostizierte einen hochfrequenten Tinnitus beidseits. Der durchgeführte Hörtest zeige im Reintonaudiogramm eine ausgeprägte Hochtoninnenohrschwerhörigkeit beidseits, rechts verstärkt zu links mit einem CPT-AMA Hörverlust rechts von 19% und links von 14%. In den mittleren Sprachfrequenzen wie in den tiefen getesteten Frequenzen sei das Gehör nur leichtgradig eingeschränkt mit 20 Dezibel Hörverlust. Das Sprachver-

ständnis sei deshalb leichtgradig eingeschränkt (S. 34). Spezifische berufliche Massnahmen könnten nicht vorgeschlagen werden (S. 35).

3.2.5 Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte Nachstehendes (S. 39):

- Neurasthenie (ICD-10 F 48.7)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge (schizoid, anankastisch, narzisstisch und histrionisch) (ICD-10 Z 73.1)

Es bestehe ein sehr zurückhaltendes, eher misstrauisches, gleichzeitig aber auch etwas histrionisches Verhalten mit einem gleichzeitigen grossen Wunsch nach Anerkennung, Zuwendung und Beachtung bei gleichzeitiger Angst vor Verletzung. In diesem Sinn könne die bereits früher festgehaltene Einordnung der Psychopathologie in eine neurotische Störung bestätigt werden. Diese zeige auch tatsächlich, wie schon früher festgehalten, verschiedene Komponenten und Aspekte. Es könne eine schizoide Komponente bestätigt werden, auch eine anankastische und narzisstische, darüber hinaus auch eine gewisse histrionische. Das Hauptproblem liege darin zu entscheiden, ob hier bereits von einer Persönlichkeitsstörung im Sinne einer kombinierten Persönlichkeitsstörung oder noch von akzentuierten Persönlichkeitszügen, denen im engeren Sinne kein Krankheitswert zuzuordnen wäre, gesprochen werden solle. Aufgrund der mittelgradigen Ausprägung der neurotischen Persönlichkeitsmerkmale sei der Entscheid für letztere ausgefallen. Theoretisch wäre eine psychiatrische Weiterbetreuung wünschenswert. Spezifische berufliche Massnahmen könnten aus psychiatrischer Sicht nicht vorgeschlagen werden (S. 40 f.).

3.2.6 Die Kommission für medizinische Begutachtung (KMB) stellte im Konsens mit allen beteiligten Gutachtern die nachstehenden Diagnosen (S. 41 f.):

- Status nach Mountainbike-Unfall 05/1993
- Status nach Fahrradunfall 24.06.1998
- Status nach Heckauffahrkollision 02.01.2005
- Status nach Schädelprellung am 21.02.2006 beim Prallen gegen einen Türpfosten
- Intermittierendes Thoracalsyndrom
- Neurasthenie

- Akzentuierte Persönlichkeitszüge (schizoid, anankastisch, narzisstisch und histrionisch)
- Verdacht auf bewusstseinsnahe Symptomüberlagerung
- Status nach Meniskusoperation links 1982
- Status nach Kniegelenksdistorsion 01/2012

Es liessen sich vier Unfälle zwischen 1993 und 2006 feststellen, wobei der Explorand nach anamnestischen Angaben seit einem ersten Mountainbike-Unfall im Jahre 1993 unter cervicocephalen Beschwerden sowie unter einem beidseitigen Tinnitus gelitten habe. Ein genauer Verlauf dieser Beschwerden sei aufgrund inkonstanter Angaben nicht zu beschreiben und eine genaue Rekonstruktion des Beschwerdeverlaufes nicht möglich (S. 42 Ziff. 6). Der diagnostizierte hochfrequente Tinnitus beidseits (vgl. E. 3.2.4 hiervor) sei gemäss Aussagen gegenüber der ORL-Fachärztin erstmals nach dem ersten Velounfall 1993 aufgetreten, danach sei es nach den beiden Unfällen von 1998 und 2005 je zu einer weiteren Verstärkung gekommen. Demgegenüber habe der Beschwerdeführer dem psychiatrischen Gutachter angegeben, der Tinnitus sei ab dem Unfall im Jahre 2005 gleich geblieben (S. 44 Ziff. 7.4). Die Angaben des Exploranden seien wechselnd, so dass kein objektives Bild über den Beschwerdeverlauf möglich sei (S. 45 Ziff. 7.5.1). Auch die Fachärzte in den Gebieten Psychiatrie und Neurologie stellten divergente Angaben bezüglich des Beschwerdebildes fest. Es könne keine durch somatische Untersuchungen objektivierbare Ursache für die geklagten Verschlimmerungen des gesamten Beschwerdebildes gefunden werden, sondern es handle sich um eine subjektive Verschlimmerung des Beschwerdebildes (S. 46 ff. Ziff. 8). Es müsse davon ausgegangen werden, dass dabei ein Zusammenhang mit der vorbestehenden Persönlichkeitsstörung bestehe, unter anderem auch deshalb, weil sich keine andere Erklärungsmöglichkeit biete. Allerdings müsse eingeräumt werden, dass ein evidenter Zusammenhang, das heisse ein Zusammenhang, der auch dynamisch psychologisch nachvollzogen werden könnte, nicht festgestellt werden könne (S. 49 Ziff. 8.4.2).

Zusammenfassend sei festzuhalten, dass sich auf somatischer Ebene keine von den subjektiven Angaben des Exploranden unabhängigen Befunde erheben liessen, die die beklagten Beschwerden noch zu erklären vermögen würden. Hingegen bestehe eindeutig ein psychosomatisches Be-

schwerdebild bei einer neurotisch strukturierten Persönlichkeit, wobei auch eine gewisse bewusstseinsnahe Überlagerungstendenz festgestellt worden sei (S. 42 f. Ziff. 6). Die festgestellten Inkonsistenzen seien anlässlich des Schlussgesprächs erneut festgestellt worden (S. 50 Ziff. 10).

3.3 Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 9. August 2012 (act. I 21) erfüllt die rechtsprechungsgemäss an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.4 hiervor) nicht. Zunächst wurden – entsprechend den Angaben des Beschwerdeführers (vgl. act. I 4 S. 4 f.) – diverse Daten nicht korrekt aufgeführt. Nebst falschen Angaben betreffend Alter des Beschwerdeführers („41jähriger Versicherter“ [act. I 21 S. 21 Ziff. 4.1.1] statt „49jähriger Versicherter“ [vgl. act. IIA 1, 3, 6 f., 9]), Unfalldaten („5. Januar 2005“ [act. I 21 S. 3 Ziff. 2] statt „2. Januar 2005“ [vgl. act. IIA 9 S. 1, act. I 1 S. 2]; „29. Februar 2006“ [act. I 21 S. 3 Ziff. 2] statt „21. Februar 2006“ [act. IIA 1]), Anstellungsdauer („bis Februar 2002 bei der ...“ [act. I 21 S. 19 Ziff. 3.2], obwohl der Beschwerdeführer bereits ab 1. Januar 2001 bei der C._____ angestellt war [vgl. act. IIA 1 Ziff. 3]) und betreffend Urteil des Verwaltungsgerichts („7. September 2005“ [act. I 21 S. 2 unten] statt „7. September 2010“ [vgl. act. I 5 S. 1]), werden vom Beschwerdeführer auch Fehler geltend gemacht, welche anhand der vorliegenden Akten nicht überprüft werden können. So verhält es sich beim angeblich falsch notierten Geburtsjahr des Vaters des Beschwerdeführers sowie dem Jahr, in welchem der Beschwerdeführer mit seiner Partnerin zusammengezogen ist (act. I 21 S. 18 Ziff. 3.1). Ob diese Angaben tatsächlich unrichtig erfasst wurden und ob die zuvor genannten fehlerhaften Daten allenfalls als Tippfehler aufzufassen wären, kann – wie nachstehend zu zeigen sein wird – offen bleiben. Die gehäufte Anzahl bisher festgestellter Ungereimtheiten begründet für sich allein bereits erhebliche Zweifel an der sorgfältigen Ausarbeitung des Gutachtens. Zusätzlich zu vorstehend ausgeführtem sind auch materielle Unstimmigkeiten festzustellen. Die Gutachter führen im Rahmen einer Aktenzusammenfassung als bisherige Diagnose unter anderem einen Status nach Sturz mit Mountainbike 1993 mit Commotio cerebri und posttraumatischem Tinnitus aus (act. I 21 S. 3 Ziff. 2). Diese Diagnose erweist sich mit Blick auf die echtzeitlichen Ausführungen von Dr. med. I._____ vom 15. Juni 1993, welcher eine Impressionsfraktur im Bereich der Stirnhöhlenvorderwand/Orbitadach links

festhielt (act. I 6), sowie unter Berücksichtigung der Diagnosen von Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, der einen dekompensierten binauralen Tinnitus erst seit dem Unfall im Jahre 2005 festhielt (act. I 13 S. 1 lit. A), als fraglich. Demgegenüber führte Dr. med. L._____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, in ihrem Bericht vom 14. Januar 2005 (act. I 10) zwar aus, der Tinnitus sei seit dem Unfall von 1998 vorhanden. In diesem Fall hätte jedoch eine Auseinandersetzung mit den abweichenden Berichten erfolgen müssen. Weiter führen die Gutachter als Diagnose einen Status nach Velounfall 1998 mit reaktiviertem Tinnitus, beidseitigen Schulterverletzungen, Kopfschmerzen und Aufmerksamkeitsdefizit aus (act. I 21 S. 3 Ziff. 2). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Diagnose der Notfallstation des Spitals J._____ vom 25. Juni 1998 folgendermassen lautete: Commotio cerebri, zwei grosse und tiefe Rissquetschwunden frontal und Nasenwurzel, v.a. SLAP-Läsion Schulter rechts sowie Schulterluxation links (act. I 7). Die Berichte von Dr. med. I._____ vom 15. Juni 1993 (act. I 6), der Notfallstation des Spitals J._____ vom 25. Juni 1998 (act. I 7), von Dr. med. L._____ vom 14. Januar 2005 (act. I 10) sowie von Dr. med. K._____ vom 30. Januar 2006 (act. I 13) finden sich nicht im Aktendossier zum Gutachten (vgl. act. I 21 S. 4 ff.), womit davon ausgegangen werden muss, dass diese den Gutachtern zum Beurteilungszeitpunkt nicht vorgelegen haben. Insbesondere der Bericht von Dr. med. K._____ (act. I 13) kann den Fachärzten mit Blick auf die Aussage des orthopädischen Gutachters, wonach nach dem Unfall vom 2. Januar 2005 lediglich vom 2. bis 5. Januar 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (act. I 21 S. 23), nicht vorgelegen haben. Denn in diesem Bericht wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 3. bis 9. Januar 2005, eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit vom 10. bis 17. Januar 2005, eine solche von 60% vom 18. Januar bis 7. Juni 2005 sowie eine solche von 50% ab 8. Juni 2005 festgehalten (act. I 13 S. 1 lit. B), welche im Gutachten aber keine Erwähnung finden. Sodann bestehen ferner Zweifel an der sorgfältigen Gutachtensabfassung, wenn die ORL-Ärztin ausführt, der Beschwerdeführer habe anlässlich des Schlussgesprächs berichtet, „*dass der Tinnitus zwischen 2003 und 1996 bis zum zweiten Anfall 1998 abgenommen habe*“ (act. I 21 S. 44 Ziff. 7.5). Einerseits hat sich weder im Jahr 2003 noch im Jahr 1996 ein aktenkundiger Unfall (nicht „Anfall“) ereignet und andererseits lässt die nicht-

chronologische Aufzählung der Ereignisse Fragen bezüglich der ordentlichen Behandlung des Dossiers offen. Sodann vermag die Beantwortung der Frage, ob bei der Verschlimmerung des Beschwerdebildes ein Zusammenhang mit der vorbestehenden Persönlichkeitsstörung bestehe (vgl. act. I 21 S. 49 Ziff. 8.4.2), nicht zu überzeugen, wenn die Gutachter dies mit der Begründung bejahen, dass sich keine andere Erklärungsmöglichkeit biete (vgl. E. 3.2.6 hiervor). Zuletzt ist nochmals zu erwähnen, dass eine kritische Würdigung der vorhandenen Arztberichte fehlt und auch die Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nur sehr knapp ausfallen (vgl. act. I 21 S. 50 Ziff. 8.6). Insgesamt ist das vorliegende Gutachten mit Widersprüchen behaftet und weist eine erhebliche Anzahl gravierender Fehler auf, welche auf eine unsorgfältige Ausarbeitung schliessen lassen. Mithin stellt sich die Frage, ob die Gutachter den ihnen vorgelegten Inhalt mitsamt den fehlerhaften Passagen vor der Unterzeichnung überhaupt gelesen haben. Dass gleich fünf Ärzte eine solche Häufung derart offenkundiger Fehler übersehen, ist unwahrscheinlich.

4.

Nach dem Ausgeführten erweist sich das interdisziplinäre Gutachten vom 9. August 2012 (act. I 21) in wesentlichen Punkten als fehlerhaft und basiert auf unvollständigen Akten. Es ist somit nicht beweiskräftig und kann von der Beschwerdegegnerin nicht verwertet werden. Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur Einholung eines neuen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.

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

5.2 Der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat nach konstanter Praxis trotz seines Obsiegens keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da der Aufwand zur Wahrung seiner Interessen den Rahmen des-

sen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA vom 4. Juli 2013 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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