

200 14 798 UV  
SCJ/ZID/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 25. Februar 2015**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

**Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG**  
Postfach, 8010 Zürich  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 8. August 2014

## Sachverhalt:

### A.

Der 1974 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist als Angestellter bei der Allianz Suisse Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Allianz bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert (Akten der Allianz, Antwortbeilage [AB] 1). Am 24. September 2011 wurde er um ca. 05.00 Uhr morgens vor einem Club in ... von einer Gruppe junger Männer niedergeschlagen (AB 8), wobei er sich eine Gesichtskontusion links mit einer Rissquetschwunde im Bereich der linken Augenbraue sowie muskuläre Schmerzen im Bereich der HWS zuzog (AB 13). Nach einer vertrauensärztlichen Untersuchung (AB 42) mittels ergänzender Stellungnahme (AB 50) stellte die Allianz mit Verfügung vom 12. Juli 2013 die Leistungen für die Folgen des Ereignisses vom 24. September 2011 per 24. März 2012 ein und kürzte diese gleichzeitig um 50% (AB 51). Eine dagegen erhobene Einsprache wies die Allianz mit Einspracheentscheid vom 8. August 2014 ab (AB 62).

### B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 1. September 2014 Beschwerde und beantragte was folgt:

Der Einspracheentscheid vom 8. August 2014 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien

- a. rückwirkend seit 24. März 2012 und in Zukunft die ihm gesetzlich zustehenden Versicherungsleistungen, namentlich Taggelder, Invalidenrenten, Integritätsentschädigung, etc., auszurichten;
- b. die ihm in der Zeitperiode vom 24. September 2011 bis 24. März 2012 um 50% gekürzte Geldleistung rückwirkend nachzuzahlen und auf eine Kürzung der gemäss lit. a hiervor künftig auszurichtenden Versicherungsleistungen sei zu verzichten.

**Eventualiter** sei der Einspracheentscheid vom 8. August 2014 aufzuheben und ein gerichtliches Gutachten einzuholen und sodann gestützt darauf eine Neubeurteilung des Leistungsanspruchs vorzunehmen.

– Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Zur Begründung lässt er im Wesentlichen vorbringen, dass die bestehenden Beschwerden durch das Ereignis vom 24. September 2011 überwiegend wahrscheinlich begünstigt worden seien. Sein Verhalten anlässlich dieses Ereignisses habe in einem blossen Nachfragen ("Was hast du gesagt?") auf die von ihm nicht verstandene [fremdsprachige] Aussage ("Ich ficke deine Mutter") einer unbekanntenen Person bestanden und stelle somit noch kein aktives Einlassen auf eine Provokation dar.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Sie macht im Wesentlichen geltend, einerseits sei der von ihr beigezogene Vertrauensarzt in überzeugender Weise zum Schluss gekommen, dass der status quo sine spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis erreicht worden sei, andererseits habe der Beschwerdeführer mit seiner Nachfrage direkt auf eine so verstandene Beleidigung reagiert und sich auf die Provokation eingelassen, weshalb er mit einer Eskalation habe rechnen müssen.

Aufforderungsgemäss reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 4. November 2014 seine Kostennote ein.

### **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 vom 8. August 2014 (AB 62). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für die Folgen des Ereignisses vom 24. September 2011 zu Recht per 24. März 2012 befristet und diese gleichzeitig um 50% gekürzt hat.

**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]). Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden jedoch nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.2** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen

ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

**2.3** 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 blosser 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).

**2.4** Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um

eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

**2.5** Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3). Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach dem derzeitigen medizinischen Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3.1 und 2.3.2).

### **3.**

**3.1** Aufgrund der Akten ist erstellt und unter den Parteien nicht streitig, dass das Ereignis vom 24. September 2011 einen Nichtberufsunfall im Rechtssinne darstellt (vgl. E. 2.1 hiavor).

**3.2** Umstritten ist indessen vorab, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 24. März 2012 (vgl. AB 51) hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die anhaltend geklagten gesundheitlichen Einschränkungen in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 24. September 2011 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

**3.2.1** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, wies im Bericht vom 9. November 2011 (AB 20) auf eine ausgesprochen hartnäckige Cervikobrachialgie nach einem Selbstunfall vom 10. September 2010 hin, welche am 22. Juli 2011 in ... [im Ausland] operativ behandelt worden sei (vgl. AB 31 f.); mit dem Ergebnis sei der Beschwerdeführer im Grossen und Ganzen zufrieden gewesen, auch wenn gewisse Symptome wie beispielsweise Sensibilitätsstörungen am rechten Arm noch persistierten. Das postoperative MRI der HWS in ... [im Ausland] vom 26. Juli 2011 zeige noch eine gewisse Reststenose foraminal in C6/7 bei regelrechter Lage des Cages, aber keine relevante weiche Herniation foraminal.

Im Handgemenge vom 24. September 2011 sei es offensichtlich wieder zu "Manipulationen" an der HWS gekommen und der Beschwerdeführer habe eine massive, wesentlich intensivere und bisher therapieresistente Rezidiv-brachialgie entwickelt. Das MRI der HWS vom 3. Oktober 2011 (AB 19) zeige nebst der unkarthrotischen Reststenose foraminal in C6/7 eine eindeutige foraminale weiche Diskushernie mit C7-Kompression rechts. Hätten anlässlich der ersten Cervikobrachialgie-Episode Ende 2010 noch die üblichen Diskussionen bezüglich Genese der Diskushernie bestanden (degenerativ versus traumatisch, wobei seines Erachtens bei vorbestehenden deutlichen degenerativen Veränderungen eine sekundäre Traumatisierung erfolgt sein dürfte), sei der Auslöser und somit auch die Ursache der aktuellen cervikoradikulären Rezidiv-Symptomatologie primär traumatischer Genese (Schlägerei). Für diese Annahme spreche der Umstand, dass es dem Beschwerdeführer nach der Operation bis zum neuerlichen Trauma-Ereignis recht gut ergangen sei und im ersten postoperativen MRI bereits

vier Tage nach dem Eingriff zwar eine Reststenose, jedoch keine manifeste Hernie sichtbar gewesen sei. Im MRI vom Oktober 2011 komme hingegen eine klare radikuläre C7-Kompression durch eine foraminale Hernie zur Darstellung. Dieser Umstand sei allemal aussergewöhnlich: Die Operationen im Bereiche der HWS zeichneten sich erfahrungsgemäss dadurch aus, dass sie praktisch "rezidivfrei" seien, da anlässlich der Operation eine radikale Diskektomie möglich und auch notwendig sei. Würden allerdings lateral des Cages noch relevante Bandscheibenreste im präforamina- len/foraminalen Bereich belassen, könne es grundsätzlich zu einer der seltenen "Rezidiven" kommen. Dies dürfte auch beim Beschwerdeführer der Fall sein. Unabhängig von diesen pathogenetischen Überlegungen lägen jedenfalls eine zwar nicht defizitäre, jedoch dermatomübergreifende Radikulopathie rechts und ein absolut noch nicht kontrollierter Schmerzzustand vor.

Entsprechend diagnostizierte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (unter anderem) ein massives, nicht-defizitäres Rezidiv einer C7-Radikulopathie rechts bei traumatisch induzierter foraminaler Rezidivdiskushernie C6/7 rechts nach Schlägerei vom 24. September 2011 bei Status nach Mikrodiskektomie und ventraler intevertebraler Cage-Fusion C6/7 am 22. Juli 2011 in ... [im Ausland] sowie ein chronisches rezidivierendes lumbospondylogenes und lumbovertebragenes Schmerzsyndrom bei Spondylolisthese L5/S1 (AB 20/1; vgl. auch AB 28).

**3.2.2** Im Anschluss an eine Untersuchung im Spital D. \_\_\_\_\_ vom 22. Mai 2012 wurde festgehalten (Bericht vom 22. Mai 2012; AB 36), dass der Beschwerdeführer seit einem Autounfall im Jahr 2010 unter einem chronischen Zervikalsyndrom leide, das durch eine Schlägerei Ende September 2011 reaktiviert worden sei. Dazwischen sei er in ... [im Ausland] an einer Diskushernie HWK6/7 operiert worden, wodurch offenbar vorübergehend eine Besserung seiner Beschwerden aufgetreten sei. Das HWS-MR vom 3. Oktober 2011 (AB 19) zeige eine Teilobliteration des Foramens HWK6/7 rechts, wobei nicht mit Sicherheit festgestellt werden könne, ob es sich dabei um eine weiche oder knöcherne Obliteration oder um einen Artefakt infolge eines intraoperativen Metallabriebs handle. Grundsätzlich sei es ungewöhnlich, dass ein Patient nach Entfernung einer zervikalen Band-

scheibe ein Rezidiv mache. Auch klinisch finde sich lediglich eine Sensibilitätsstörung, am ehesten entsprechend den Dermatomen C6 und C7 rechts, wobei nicht bekannt sei, ob diese vorbestehend sei.

Eine am 6. Juni 2012 durchgeführte Myelografie (Austrittsbericht vom 7. Juni 2012; AB 37) zeigte keine Nervenwurzelkompression und keine Spinalkanalstenose.

Diagnostisch festgehalten wurden ein chronisches Zervikalsyndrom mit Distorsion der HWS bei Status nach Autounfall im September 2010 und ein Rezidiv eines brachialgiformen Reizsyndroms, am ehesten entsprechend dem Dermatome C7 rechts bei Status nach ventraler Mikrodiskektomie HWK6/7 am 22. Juli 2011 in ... [im Ausland] (AB 36 f.).

**3.2.3** Nach Ansicht des von der Beschwerdegegnerin beauftragten Vertrauensarztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH (Bericht vom 21. August 2012; AB 42), liessen sich die aktuellen Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und des rechten Armes nicht genau einordnen. Objektivieren lasse sich eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Schultergelenk, eine leicht verminderte Kraft im rechten Arm, ein fehlender Trizepssehnenreflex rechts und möglicherweise auch ein abstehendes Schulterblatt rechts. In den bildgebenden Untersuchungen fänden sich erhebliche degenerative und postoperative Veränderungen der HWS, indessen keine Nachweise einer frischen Verletzung. Die Myelographie vom 6. Juni 2012 könne gemäss dem Urteil der Neurochirurgen die Beschwerden nicht erklären. Allerdings könnten der fehlende Trizepssehnenreflex, die leicht verminderte Kraft im rechten Arm und das etwas abstehende Schulterblatt rechts einen Hinweis für eine Affektion der Nervenwurzel C6/7 darstellen. Möglicherweise stünden die aktuellen Beschwerden in der rechten Schulter bzw. im rechten Arm im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. September 2011, möglicherweise verursache aber die Beeinträchtigung der Nervenwurzel C6/7 rechts die aktuellen Beschwerden. Er empfehle eine nochmalige Abklärung der Beschwerden, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr unfallbedingter Ursache seien, durch einen erfahrenen Neurologen. Spätestens sechs Monate nach dem Ereignis vom 24. September 2011 sei der status quo sine erreicht worden.

**3.2.4** Mit Bericht vom 29. Mai 2013 (AB 50) nahm der versicherungsinterne Vertrauensarzt nochmals Stellung zu seiner Beurteilung vom 21. August 2012 (vgl. E. 3.2.2 hiervor): Aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse komme der Unfall prinzipiell nicht als Ursache für eine festgestellte Diskushernie in Frage. Diese sei krankheitsbedingt und vorbestehend. Damit ein Unfall als auslösender Faktor angesehen werden könnte, müssten die vier Kriterien nach Krämer erfüllt sein: (1.) ein erhebliches, auf die Wirbelsäule gezieltes Trauma, (2.) die für die Diskushernie typischen Symptome müssen sofort oder mindestens innerhalb weniger Tage auftreten, (3.) unmittelbar vor dem Unfallereignis muss der Patient beschwerdefrei gewesen sein, (4.) das betroffene Segment darf keine wesentlichen degenerativen Veränderungen aufweisen. Zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 24. September 2011 habe beim Beschwerdeführer ein erheblicher Vorzustand bestanden. Er sei wegen einer Diskushernie am 22. Juli 2011 in ... [im Ausland] operiert worden; es sei eine Diskushernie zwischen dem 6. und 7. Halswirbel rechts entfernt und eine künstliche Zwischenwirbelscheibe implantiert worden. Nach der tätlichen Auseinandersetzung vom 24. September 2011 hätten weder klinisch noch aufgrund einer CT- und einer MRI-Untersuchung Hinweise für frische Verletzungen festgestellt werden können. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ habe im postoperativen MRI (...) noch eine foraminale Reststenose rechts bei C6/7 feststellen können (vgl. E. 3.2.1 erster Abschnitt hiervor). Aufgrund der neuen MRI-Bilder vom 3. Oktober 2011 (AB 19) habe Dr. med. C.\_\_\_\_\_ den Bandscheibenvorfall C6/7 mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel C7 posttraumatisch interpretiert (vgl. E. 3.2.1 zweiter Abschnitt hiervor). Aufgrund der am 6. Juni 2012 vorgenommenen Myelographie (vgl. E. 3.2.2 hiervor) habe eine Nervenwurzelkompression nicht nachgewiesen werden können; damit habe von den Neurochirurgen des Spitals D.\_\_\_\_\_ eine posttraumatische Diskushernie ausgeschlossen werden können. Die Dermatome C6 und C7 seien klarerweise vorbestehend gewesen und nicht erst nach dem Ereignis vom 24. September 2011 aufgetreten. Distorsionen und Kontusionen der Wirbelsäule, die zu keinen bleibenden Schäden geführt haben, heilten erfahrungsgemäss innerhalb eines gewissen Zeitrahmens ab; bei einer HWS mit einem Vorzustand könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der status quo ante nach spätestens sechs Monaten erreicht worden sei.

**3.2.5** Der Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, wies im Bericht vom 22. Januar 2013 (AB 57, Beilage 2) zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers darauf hin, dass dieser bereits nach dem Verkehrsunfall im September 2010 ein chronisches und zunächst therapieresistentes Schmerzsyndrom gehabt habe. Nach erfolgter Operation am 22. Juli 2011 habe im MRI der HWS keine Diskushernie mehr nachgewiesen werden können, doch habe sich eine leichte Reststenose rechts gezeigt. Beim Ereignis vom 24. September 2011 sei es auch zu HWS-"Manipulationen" gekommen; jedenfalls habe er danach eine deutliche Schmerzexazerbation verspürt. Die Untersuchung vom 3. Oktober 2011 habe erneut einen Bandscheibenvorfall C6/7 mit Irritation der Nervenwurzel C7 gezeigt, sodass eine kausale Beteiligung durchaus angenommen werden könne. Bei der Beurteilung der Gesamtsituation sei doch sehr auffällig, dass der Beschwerdeführer nach der Operation in ... [im Ausland] weitgehend beschwerdefrei gewesen sei und er es seit dem Ereignis vom September 2011 wieder mit einem chronischen, bisher völlig therapieresistenten Schmerzsyndrom zu tun habe. Die Abklärungen im Herbst 2011 hätten zunächst Hinweise für ein Diskushernienrezidiv gezeigt, was sicher als Unfallfolge taxiert werden müsste. Verwirrend sei das Ergebnis der unauffälligen Myelographie (vgl. E. 3.2.2 hiervoor). Dennoch er scheine mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zwischen der Schmerzsymptomatik und dem Ereignis vom September 2011 vorzuliegen.

### **3.3**

**3.3.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**3.3.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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).

**3.3.3** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b).

**3.3.4** Sofern RAD-Untersuchungsberichte – bzw. Berichte anderer versicherungsinterner Ärzte – den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufge-

legten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.3.5** Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juli 2011, 8C\_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

**3.3.6** Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc" nicht massgebend, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der Verfügung vom 24. September 2011 (AB 51) bzw. im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. August 2014 ab (AB 62) auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 21. August 2012 (AB 42; vgl. E. 3.2.3

hiervor) und 29. Mai 2013 (AB 50; vgl. E. 3.2.4 hiervor) gestützt. Dessen medizinisch-theoretischen Ausführungen zum Gesundheitszustand sowie zum Erreichen des Status quo sine sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen werden nachvollziehbar begründet. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen (vgl. AB 50/1) und sind in Kenntnis der Vorakten (vgl. AB 42/1) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (vgl. AB 42/3) getroffen worden. In den Stellungnahmen setzt er sich eingehend mit abweichenden Einschätzungen auseinander und legt überzeugend dar, weshalb sich diese als nicht begründet erweisen.

**3.4.1** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ führte am 9. November 2011 aus, dass ein MRI vom 3. Oktober 2011 eine foraminale Diskushernie mit C7-Kompression rechts ergeben habe (AB 19; vgl. E. 3.2.1 hiervor). Wie schon von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vorgebracht (vgl. E. 3.2.4 hiervor), kann daraus nicht bereits geschlossen werden, dass die Diskushernie auf das Ereignis vom 24. September 2011 zurückzuführen ist, denn die Voraussetzungen für die Annahme einer traumatischen Diskushernie sind vorliegend nicht erfüllt (insbesondere infolge eines degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule; vgl. E. 2.5 hiervor). Zudem weist Dr. med. C.\_\_\_\_\_ selber darauf hin, dass und weshalb die Hernie auch als Folge der Operation vom Sommer 2011 in ... [im Ausland] betrachtet werden könne (vgl. E. 3.2.1 zweiter Abschnitt a.E. hiervor). Schliesslich konnten anlässlich der Myelographie vom 6. Juni 2012 keine Nervenwurzelkompression und keine Spinalkanalstenose festgestellt werden (AB 37/2), womit keine Grundlage organischer Natur für die geklagten Beschwerden auszumachen ist.

**3.4.2** Was den Bericht des Hausarztes vom 22. Januar 2013 anbelangt (vgl. E. 3.2.5 hiervor), so ist dieser nicht geeignet, die Beurteilung des Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zu entkräften, zumal er keine neuen, dem Vertrauensarzt nicht bereits bekannte Elemente anführt. Unter Hinweis auf die unauffällige Myelographie basiert die Beurteilung des Hausarztes bezüglich des kausalen Zusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 24. September 2011 und den Beschwerden einzig noch auf der beweisrechtlich unstatthafte Formel "post hoc, ergo propter hoc" (vgl. E. 3.3.6 hiervor). Als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH erscheint er denn auch nicht ohne wei-

teres kompetent, die sich stellenden Fragen aus dem neurochirurgischen Gebiet schlüssig zu beurteilen.

**3.5** Dem entsprechend lässt sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die schlüssige Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ spätestens nach sechs Monaten das Erreichen des Status quo sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen und auf diesen Zeitpunkt hin ihre Leistungspflicht befristet hat. Damit ist weder die Leistungseinstellung als solche noch deren Zeitpunkt zu beanstanden. In diesem Punkt erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist deshalb abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 39 UVG kann der Bundesrat aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse bezeichnen, die in der Versicherung der Nichtberufsunfälle zur Verweigerung sämtlicher Leistungen oder zur Kürzung der Geldleistungen führen.

**4.2** Von dieser Kompetenzdelegation hat der Bundesrat betreffend aussergewöhnliche Gefahren in Art. 49 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) Gebrauch gemacht. Gemäss dem hier interessierenden Art. 49 Abs. 2 UVV werden die Geldleistungen mindestens um die Hälfte gekürzt für Nichtberufsunfälle, die sich ereignen u.a. bei Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden (lit. a), sowie bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert (lit. b).

**4.2.1** Nach der Rechtsprechung ist der Tatbestand der Beteiligung an Raufereien oder Schlägereien im Sinne von Art. 49 Abs. 2 lit. a UVV grundsätzlich verschuldensunabhängig konzipiert und weiter gefasst als der Straftatbestand der Beteiligung an einem Raufhandel gemäss Art. 133 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs vom 21. Dezember 1937 (StGB; SR 311.0). Es genügt, dass das zu sanktionierende Verhalten objektiv

gesehen die Gefahr einschliesst, in Tötlichkeiten überzugehen oder solche nach sich zu ziehen, und die versicherte Person dies erkannt hat oder erkennen musste (BGE 134 V 315 E. 4.5.1.2 S. 320). Der Tatbestand des Art. 49 Abs. 2 lit. a UVV ist daher nicht nur bei der Teilnahme an einer eigentlichen tätlichen Auseinandersetzung gegeben. Es ist auch nicht notwendig, dass der Versicherte selbst tötlich geworden ist. Unerheblich ist zudem, aus welchen Motiven er sich beteiligt hat, wer mit einem Wortwechsel oder Tötlichkeiten begonnen hat und welche Wendung die Ereignisse in der Folge genommen haben. Entscheidend ist allein, ob die versicherte Person die Gefahr einer tätlichen Auseinandersetzung erkannt hat oder erkennen musste (Entscheid des BGer vom 22. März 2013, 8C\_932/2012, E. 2.2).

**4.2.2** Eine Leistungskürzung nach Art. 49 Abs. 2 lit. a UVV setzt voraus, dass zwischen dem als Beteiligung an einer Rauferei oder Schlägerei zu qualifizierenden Verhalten und dem Unfall ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die Beurteilung der Adäquanz im Besonderen hat retrospektiv zu erfolgen. Es ist zu fragen, ob und inwiefern die objektiv unter Art. 49 Abs. 2 lit. a UVV fallende Handlung als eine wesentliche Ursache des Unfalles erscheint. Dies ist dann zu bejahen, wenn die spezifischen Gefahren des allenfalls zu sanktionierenden Verhaltens des Versicherten sich beim Unfallereignis konkret ausgewirkt haben und nach der allgemeinen Lebenserfahrung und dem gewöhnlichen Lauf der Dinge geeignet sind, einen Unfall von der Art des eingetretenen herbeizuführen. Dabei ist auch ein gewisser zeitlicher Konnex notwendig (BGer 8C\_932/2012, E. 2.2).

## **5.**

In Zusammenhang mit dem Vorfall vom 24. September 2011 wurden der Beschwerdeführer und zwei seiner Begleiter als Auskunftspersonen befragt; die Täterschaft ist unbekannt. Den von der Beschwerdegegnerin erhobenen Akten der Polizei Kanton ... (AB 8) lässt sich zum Ereignishergang im Wesentlichen das Folgende entnehmen: Der Beschwerdeführer sei, nachdem er nach 04.30 Uhr mit drei

Begleitpersonen einen Club in ... verlassen habe, draussen vor der Liegenschaft durch einen von sieben unbekanntem Männern angesprochen worden. In ... [fremdsprachiger] Sprache habe eine unbekannte Person "Ich ficke deine Mutter" gesagt. Auf die Frage des Beschwerdeführers "Was hast du gesagt?" habe er einen Schlag an den Kopf bekommen, aufgrund dessen er zu Boden gegangen sei. Er habe in der Folge noch weitere Schläge abbekommen, wodurch er sich Verletzungen zugezogen habe. Danach seien die sieben Männer in zwei Autos gestiegen und davongefahren. Streitig ist diesbezüglich, ob und wenn ja inwieweit der Beschwerdeführer durch sein Verhalten zur tätlichen Auseinandersetzung und den dabei erlittenen Verletzungen beigetragen hat.

## **5.1**

**5.1.1** Die Beschwerdegegnerin taxierte das Verhalten als Beteiligung an einer Schlägerei (AB 43). Der Beschwerdeführer sei von unbekanntem Männern angepöbelt worden; er habe den verbalen Angriff verstanden, zumal er der Polizei gegenüber den genauen Wortlaut der entsprechenden Aussage habe zu Protokoll geben können. Statt den Schauplatz zu verlassen, habe er die Situation mit einer Konterfrage aufgeheizt, worauf es zu einem tätlichen Angriff der unbekanntem Männer auf ihn gekommen sei (AB 51/1). Diese Frage habe er nicht gestellt, um ein Missverständnis zu klären, sondern als direkte Reaktion auf die Beschimpfung. Es erscheine offensichtlich, dass die Person, welche die Beleidigung ausgesprochen habe, einzig und allein habe provozieren wollen. Mit seiner Frage sei der Beschwerdeführer genau auf die für ihn erkennbare Provokation eingestiegen. Es entspreche der allgemeinen Lebenserfahrung und dem gewöhnlichen Lauf der Dinge, dass Reaktionen auf eine Provokation mit höchster Wahrscheinlichkeit zu einer Eskalation der Situation führen würden, da die provozierende Person geradezu auf eine Reaktion der betroffenen Person warte (AB 62/10 f.). Entsprechend könne seine Frage einzig als eine an den anonymen Urheber gerichtete Herausforderung und Gegenprovokation im Sinne von "traust du dich, das zu wiederholen?" gedeutet werden (Beschwerdeantwort, S. 10).

**5.1.2** Der Beschwerdeführer verneinte stets eine aktive Beteiligung seinerseits an einer Rauferei bzw. Schlägerei, dies auch in Form irgendwie

gearteter aktiver Beleidigungen (AB 48/2). Er, der der ... [fremdsprachigen] Sprache selber nicht mächtig sei, habe die Aussage der unbekannt Person zwar als verbale Beleidigung aufgefasst, sei sich jedoch zunächst nicht sicher gewesen, ob er dies tatsächlich richtig gehört habe, weshalb er entsprechend nachgefragt habe. Daraufhin sei er ohne weiteren Wortwechsel unverzüglich angegriffen und niedergeschlagen worden. Das bloss Nachfragen, was gesagt worden sei, sei nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung klarerweise nicht geeignet, einen unvermittelten Angriff zu provozieren (AB 57/5 f.). Einer Person, welche in einer ihr unbekannt Sprache angesprochen werde, müsse es in unserer Gesellschaft erlaubt sein, sich danach zu erkundigen, was gesagt worden sei (Beschwerde, S. 11).

**5.2** Das Verhalten des Beschwerdeführers beschränkte sich gemäss den vorliegenden Akten auf dessen Nachfrage an eine unbekannt Person, was sie gesagt habe. Unabhängig davon, ob der Beschwerdeführer den exakten Inhalt der an ihn gerichteten Aussage in ... [fremdsprachiger] Sprache ("Ich ficke deine Mutter") verstanden hat, war ihm durchaus bewusst, dass es sich um eine verbale Beleidigung gehandelt hat (vgl. AB 57/5 oben). Seine Reaktion darauf beschränkte sich einzig auf eine Nachfrage ("Was hast du gesagt?"). Nicht bekannt ist, ob er dies ruhig und sachlich oder doch provokativ und aggressiv gesagt hat. Dies lässt sich rund drei Jahre nach dem Ereignis nicht mehr feststellen, zumal diese Angelegenheit im Kollegenkreis des Beschwerdeführers offenbar bereits vor der polizeilichen Einvernahme besprochen worden ist und die Täter nicht ermittelt werden konnten (vgl. AB 8). Beweismässig erstellt ist damit einzig, dass sich das Verhalten des Beschwerdeführers auf die Nachfrage "was hast du gesagt?" beschränkt und er provokative Gesten, Schimpfwörter oder gar Tätlichkeiten unterlassen hat. Nach dem Dargelegten erscheint die von der Beschwerdegegnerin aufgezeigte Sachverhaltsvariante (vgl. E. 5.1.1 hiervor) zwar als möglich, nicht aber als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Aufgrund der Beweislastverteilung (vgl. E. 2.4 hiervor) wirkt sich dies zu ihren Lasten aus, indem sie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag, dass der Beschwerdeführer mit seiner Reaktion in erkennbarer Weise die Gefahr eines nicht bereits so

oder anders vorgesehenen tätlichen Angriffs in Kauf genommen oder gar gefördert hat.

**5.3** Nach dem Dargelegten erweist sich eine Kürzung der Geldleistungen für die zugesprochene Zeit (vgl. E. 3.5 hiervor) gestützt auf Art. 49 Abs. 2 UVV als nicht statthaft. In diesem Punkt erweist sich die Beschwerde als begründet und ist insoweit gutzuheissen.

## **6.**

**6.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**6.2** Die obsiegende beschwerdeführende Person 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. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1).

Beim vorliegenden bloss teilweisen Obsiegen des Beschwerdeführers rechtfertigt sich die ermessensweise Festlegung der Parteientschädigung innerhalb des Tarifr Rahmens von Art. 13 der Verordnung über die Bemessung des Parteikostenersatzes vom 17. Mai 2006 (Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811) auf pauschal Fr. 1'200.-- (inkl. Auslagen und MWSt.).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG vom 8. August 2014 insoweit abgeändert, als dem Beschwerdeführer die Geldleistungen gestützt auf das Ereignis vom 24. September 2011 bis zur Leistungseinstellung per 24. März 2012 ungekürzt auszurichten sind. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer einen Teil der Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'200.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu bezahlen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
  - 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.