

200 16 187 UV
KNB/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Dezember 2016

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 6. Januar 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1948 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seinen Arbeitgeber aufgrund der 30-tägigen Nachfrist im Sinne von Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 13. November 2013 ging bei der SUVA eine Schadenmeldung ein, gemäss welcher der Versicherte am 9. November 2013 mit dem Velo gestürzt ist und sich dabei diverse Verletzungen am Kopf, eine Gehirnerschütterung, Schürfungen am Arm sowie einen offenen Bruch am kleinen Finger links zugezogen hat (Antwortbeilage der SUVA [AB] 1). Daraufhin holte die SUVA medizinische Unterlagen ein und sprach Versicherungsleistungen zu. Mit Schreiben vom 12. Mai 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Einsprache wegen Rechtsverzögerung (AB 81). Nachdem die SUVA eine neurologische Beurteilung bei der Abteilung Versicherungsmedizin eingeholt hatte (AB 88), teilte sie dem Versicherten mit Verfügung vom 6. November 2015 (AB 98) mit, dass die Unfallfolgen nach sechs Monaten ausgeheilt und die Versicherungsleistungen lediglich bis zum 8. Mai 2014 zu erbringen gewesen seien, wobei auf die Rückforderung von erbrachten Versicherungsleistungen verzichtet werde. Mit Entscheid vom 6. Januar 2016 (AB 106) wies sie die Einsprache des Versicherten (AB 101) ab.

B.

Dagegen erhob der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 4. Februar 2016 Beschwerde und beantragte das Folgende:

1. Der Einspracheentscheid vom 6. Januar 2016 und die Verfügung vom 6. November 2015 seien aufzuheben.

2. Die Sache sei zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen und es sei ein externes Gutachten zu veranlassen.

Eventualiter:

3. Es sei festzustellen, dass die heutigen Beschwerden des Beschwerdeführers sowohl in einem natürlichen als auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 9. November 2013 stehen.
4. Es sei die Leistungspflicht der SUVA über den 9. Mai 2014 hinaus festzustellen und es seien dem Versicherten die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere Taggelder und Rente, über den 9. Mai 2014 hinaus weiterhin auszurichten.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Mit Beschwerdeantwort vom 27. April 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Schreiben vom 31. Mai 2016 stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um Akteneinsicht. Nachdem ihm diese gewährt worden war, reichte er am 22. Juni 2016 Schlussbemerkungen ein, welche am 22. August 2016 an die Beschwerdegegnerin gingen.

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 Anträ-

gen 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 grundsätzlich einzutreten. Soweit der Beschwerdeführer jedoch beantragt, die Verfügung vom 6. November 2015 (AB 98) sei aufzuheben (Rechtsbegehren Ziffer 1, zweiter Teilsatz), ist darauf nicht einzutreten. Die ursprüngliche Verfügung wurde durch den Einspracheentscheid vom 6. Januar 2016 (AB 106) ersetzt (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 60 N. 7).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 6. Januar 2016 (AB 106). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Unfallversicherung über den 8. Mai 2014 hinaus und dabei insbesondere, ob die anhaltenden Beschwerden in einem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 9. November 2013 stehen.

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 UVG). 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).

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).

2.2.2 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 Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung

gung 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).

2.2.3 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.2.4 Nach der Schleudertrauma-Praxis ist analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen (BGE 115 V 133) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.4) – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Dabei können die erlittenen Verletzungen Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 37 E. 4.2.2). Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126). Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann

zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 102 E. 4.5). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 E. 6 S. 366, 117 V 369 E.4c S. 384).

In Präzisierung der Rechtsprechung hat das Bundesgericht den Katalog der adäquanzrelevanten Kriterien (BGE 117 V 359 E. 6a S. 367, 117 V 369 E. 4b S. 383) in BGE 134 V 109, E. 10.2 S. 127 und E. 10.3 S. 130, neu gefasst, wobei die Aufzählung der Kriterien abschliessend ist:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

2.3 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 gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

3.

3.1 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 9. November 2013 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiervor) und sich dabei insbesondere ein Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades sowie eine offene Fraktur des kleinen Fingers links zugezogen hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilbehandlung) erbracht. Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – über den 8. Mai 2014 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die anhaltend geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 9. November 2013 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Im Austrittsbericht des Spitals C. _____ vom 12. November 2013 (AB 7) diagnostizierten die Ärzte insbesondere ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT) Grad 1 (bei GCS 14 [Glasgow Coma Scale]), eine Metacarpale V Basisfraktur Hand links, fraglich intraartikulär, einen Morbus Parkinson

(Erstdiagnose 2011) sowie anamnestisch intermittierendes Vorhofflimmern. Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer berichte, beim Velofahren über einen Pflasterstein gefahren und dabei auf die linke Seite gestürzt zu sein. Er hätte versucht, sich mit der linken Hand aufzufangen und hätte sich dabei die Rissquetschwunde zugezogen, zusätzlich sei es zum Kopfaufprall auf dem Boden gekommen. Anamnestisch seien die Bewusstlosigkeit und Amnesie fraglich. Der Beschwerdeführer habe eine stark blutende Rissquetschwunde am Kopf an der linken Schläfe im Bereich des Haaransatzes. Zudem liege eine Schwellung und Druckdolenz über der Mittelhand dorsal links vor sowie eine stark blutende Ablederungsverletzung dorsal interdigital Dig IV-V links. Weiter liege eine Schürfwunde am lateralen linken Knie vor (S. 1). Das CT-Schädel vom 9. November 2013 zeige keine intrakraniellen Traumafolgen. Das Handröntgen links zeige eine Metacarpale Basis V-Fraktur, fraglich intraartikulär. Die Fraktur sei mittels Edinburgh Schiene ruhiggestellt worden, die Schmerzen seien analgetisch gut therapierbar (S. 2).

3.1.2 Im Bericht vom 8. Januar 2014 des Spitals C._____ (AB 29) wurde ausgeführt, anamnestisch sei hinsichtlich des Parkinsons die Symptomatik seit dem Unfall deutlich progredient. Hinsichtlich der Hand sei die Wunde nun seit zwei Wochen verheilt. Der Beschwerdeführer habe jedoch keine Kraft und verspüre Schmerzen bzw. ein Spannungsgefühl bei Flexion (S. 1). Radiologisch zeige sich eine Konsolidierung der Frakturen. Klinisch bestehe jedoch ein deutliches Defizit, insbesondere hinsichtlich der Kraft der linken Hand. Sie hätten dem Beschwerdeführer eine Physiotherapie empfohlen (S. 2).

3.1.3 Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 11. Januar 2014 (AB 31) ein Parkinsonsyndrom links betont am ehesten im Rahmen einer idiopathischen Parkinsonkrankheit, einen Verdacht auf beginnendes Hinzutreten kognitiver Störungen sowie anamnestisch ein Schlaf-Apnoe-Syndrom, Intoleranz auf CPAP-Behandlung (S. 2). Der Neurologe führte aus, anamnestisch fielen seit dem Velosturz Einschlafmyoklonien auf, aber auch motorisch sei der Beschwerdeführer trotz Erhöhung von Requip schlechter, das Gleichgewicht und die Gangsicherheit seien verschlechtert, mit vermehrtem Zittern und zudem habe der

Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben Mühe gehabt, überhaupt Formulare auszufüllen. Das Parkinsonsyndrom bleibe etwas verschlechtert, so dass die Therapie mit Requip intensiviert werden müsse (S. 1).

3.1.4 Dr. med. D. _____ diagnostizierte im Bericht vom 6. Mai 2014 (AB 55) ein links betontes Parkinsonsyndrom im Rahmen einer idiopathischen Parkinsonkrankheit, zusätzlich whs. essentieller Tremor, Betablocker sensitiv, einen Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom beidseits sowie ein Schlaf-Apnoe-Syndrom (nach früherer Abklärung Therapie nicht vertragen; S. 2). Der Neurologe führte aus, glücklicherweise bestehe bezüglich des Tremors ein günstiger Verlauf, auch das Parkinsonsyndrom schein e einigermaßen stabil, der Nachtschlaf sei schlecht/gestört durch immer wieder Erwachen teils durch Einschlafen der Arme, andererseits sei der Schlaf nicht erholsam bzw. die Müdigkeit morgens grösser als abends, wo kaum ein Bedürfnis bestehe, zu Bett zu gehen. Die Neurographie des Nervus medianus links zeige die Konstellation eines motorisch betonten leichten Karpaltunnelsyndroms, er empfehle daher vorerst die Abgabe von Handgelenksschienen beidseits und konsequentes Tragen beidseits zur Nacht für drei Wochen, sofern dies nicht ausreichend hilfreich sei, nächtliche Puls-oxymetrie, die Anamnese würde zu einem wesentlichen Schlaf-Apnoe-Syndrom passen, je nach Befund/Verträglichkeit von CPAP müssten eventuell Stimulanzen (Ritalin, Modasomil) erwogen werden (S. 1).

3.1.5 Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, führte im Bericht vom 16. Oktober 2014 (AB 68) aus, nach dem Unfall vom 9. November 2013 hätten die körperliche Leistungsfähigkeit und auch die Fähigkeit sich zu konzentrieren deutlich nachgelassen. Seither erlebe er den Beschwerdeführer im Allgemeinzu-stand deutlich reduziert im Vergleich zum Zustand vor dem Schädelhirn-trauma. Er schätze, dass der Beschwerdeführer im Vergleich zum Zustand vor dem Trauma weitere 50% seiner vorbestehenden Arbeitsunfähigkeit von ca. 50% wegen dem Morbus Parkinson (bezogen auf Gehstrecke, Kraft beim Heben von Lasten, Ausdauer bei der Gartenarbeit, Fähigkeit sich zu konzentrieren) eingebüsst habe. Das ergebe eine geschätzte Restarbeits-fähigkeit von 25%. Neue Beschwerden seit dem Unfall seien: chronische Kopfschmerzen, gehäuft Schwindel, zum Teil Gleichgewichtsstörungen mit

entsprechender Gangunsicherheit, Schmerzen an den Handgelenken und eine Wesensveränderung in Form depressiv gefärbter Gedanken.

3.1.6 Im Bericht vom 28. Oktober 2014 (AB 64) führte Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädie, von der Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA, aus, in wie weit ein Schädelhirntrauma Grad 1 grundsätzlich einen Morbus Parkinson beeinflussen und verschlimmern könne, vermöge er nicht zu beurteilen. Dazu sei ein Neurologe zu befragen, aber nicht der Behandelnde. Das sei eher eine Grundsatzfrage.

3.1.7 Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie, von der Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA, führte in der neurologischen Beurteilung vom 1. Juli 2015 (AB 88) aus, im Sinne eines Vorzustandes habe bei dem zum Zeitpunkt des Unfalles 65-jährigen Beschwerdeführer seit Jahren eine idiopathische Parkinsonerkrankung bestanden, wobei der behandelnde Neurologe, Dr. med. D._____ aus ..., keine genaueren Angaben bezüglich des Verlaufes oder der Gradierung des Schweregrades vornehme. Die Diagnose sei vier Jahre zuvor gestellt worden, es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer allerdings vermutlich bereits Jahre zuvor erste Symptome der sich entwickelnden Erkrankung bemerkt habe, der klinisch manifeste Erkrankungsbeginn also bereits deutlich zuvor gelegen habe. Ganz allgemein sei der Zusammenhang zwischen einer traumatischen Hirnverletzung und dem späteren Auftreten einer Parkinsonerkrankung nicht gesichert und (in der medizinischen Wissenschaft) umstritten; unbestritten sei, dass viele hunderte erhebliche Schädelanpralle, zum Beispiel im Boxsport ohne Schutz, bei einem bestimmten Anteil der Boxer zu einer Erkrankung mit Demenz und Parkinsonsymptomen geführt hätten. Im vorliegenden Fall des Beschwerdeführers liege die Situation jedoch anders, es sei eine neurodegenerative Erkrankung, gemäss Dr. med. D._____ vermutlich im Sinne eines idiopathischen Parkinsonsyndroms seit Jahren bekannt, der Unfall habe eine Commotio cerebri nach alter Diktion, nach neuer eine leichte traumatische Hirnverletzung ohne strukturelle Verletzung des Gehirns verursacht. Die von ihm selber veranlasste MRI-Untersuchung des Kopfes habe eindeutig aufzeigen können, dass auch mit den Hämosiderin sensitiven Sequenzen im Gehirn keine Hinweise für kleinste Gewebeerreissungen im Sinne von Shearing injuries oder sonstige Unfallfolgen

vorlägen. Es fänden sich jedoch Zeichen einer Erkrankung (unfallunabhängig) der weissen Gehirnschubstanz im Sinne einer sogenannten Leukenzephalopathie, allerdings mässiger Ausprägung gemäss Gradierung des Neuroradiologen. Vorstellbar sei angesichts der gewissen Vulnerabilität des Gehirns eine verlängerte Erholungsphase bezüglich der Unfallfolgen, die ja auch bei Gesunden bis zu einigen Wochen in Anspruch nehmen könne. In diesem Sinne wäre aus seiner Sicht von einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesamtzustandes des Beschwerdeführers aufgrund des Unfalles von maximal sechs Monaten auszugehen, darüber hinaus weiter bestehende oder neu hinzutretende Symptome, wie im spontanen Verlauf der progredienten und unaufhaltsam weiterlaufenden neurodegenerativen Erkrankung zuzuschreiben. Insbesondere das von Dr. med. D. _____ bereits bemerkte und diagnostizierte Hinzutreten von krankheitsbedingten kognitiven Einschränkungen im Rahmen der Parkinsonerkrankung deute darauf hin, dass der Beschwerdeführer in der Tat sich bereits in einem weiter fortgeschrittenen Erkrankungsstadium befinde und zum Beispiel die Notwendigkeit einer Kombinationstherapie zwischen dem Dopaminagonisten Requip und L-Dopa deutlich werde. Dr. med. G. _____ führte sodann schlussfolgernd aus, die aktuell geschilderten Beschwerden des Beschwerdeführers einschliesslich der Arbeitsunfähigkeit stünden nicht mehr in überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 9. November 2013. Es sei ein Status quo sine erreicht (S. 4 f.).

3.1.8 Der Hausarzt Dr. med. E. _____ machte im Bericht vom 6. August 2015 (AB 92 S. 1) dieselben Ausführungen zu den Beschwerden des Beschwerdeführers wie in seinem Bericht vom 16. Oktober 2014 (AB 68; vgl. E. 3.1.5 hiervor). Zudem führte er aus, der Beschwerdeführer habe in letzter Zeit vermehrt die Hilfe seiner Frau in Anspruch nehmen müssen bei Alltagstätigkeiten wie Schuhe schnüren, Hosen anziehen und Duschen.

3.1.9 H. _____, Physiotherapeut, führte im Bericht vom 3. November 2015 (AB 101 S. 11) aus, er therapiere den Beschwerdeführer in regelmässigen Abständen wegen des erlittenen Velounfalls vom 9. November 2013. Der enorme Leistungseinbruch nach dem Unfall sei eindrücklich gewesen und bestens ersichtlich, der Beschwerdeführer habe sich jeweils beklagt,

dass die Schmerzen wie Kopfschmerzen, extreme Müdigkeit, Gleichgewichtsstörungen, Wesensveränderung, Schwindel und der komplizierte Bruch des kleinen Fingers unerträglich seien. Erwähnenswert sei dabei, dass er den Beschwerdeführer bis zum Velounfall körperlich in gutem Gesundheitszustand wahrgenommen habe, bis auf sein Zittern, Fusschmerzen, Durchblutungsstörungen und Schlafstörungen.

3.1.10 Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im Bericht vom 26. November 2015 (AB 101 S. 12) aus, auf Zuweisung durch Dr. med. E. _____ stehe der Beschwerdeführer seit Juni 2015 in ambulanter psychiatrischer Behandlung mit bis dato insgesamt sieben Konsultationen. Auf Grund der hier gewonnenen Eindrücke schliesse er sich vollumfänglich den Ausführungen von Kollege Dr. med. E. _____ an, ausdrücklich einschliesslich der dringenden Indikation einer kreisärztlichen Untersuchung. Ergänzend müsse hier noch festgehalten werden, dass auf Grund des vorliegenden depressiven Zustandsbildes im Sinne einer reaktiven Depression, bei der bekannten somatischen Mehrfachproblematik nunmehr nach Absprache mit dem Zuweiser neu eine medikamentöse antidepressive Medikation installiert worden sei, die bis jetzt vertragen werde, deren Erfolg zum jetzigen Zeitpunkt noch recht schwer zu beurteilen sei, resp. abgewartet werden müsse.

3.2 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).

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 Situa-

tion 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).

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. 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). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. 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

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 6. Januar 2016 (AB 106) im Wesentlichen auf die neurologische Aktenbeurteilung von Dr. med. G. _____ vom 1. Juli 2015 (AB 88). Dieser Aktenbericht erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Be-

weiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugt. Der Facharzt hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die Vorakten und bildgebenden Untersuchungen getroffen. Die medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend dargelegt und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. In der Folge ist auf die Angaben von Dr. med. G. _____ abzustellen.

3.3.2 Aus der neurologischen Aktenbeurteilung geht klar und schlüssig hervor, dass die aktuellen Beschwerden des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 9. November 2013 stehen. Dr. med. G. _____ hat nachvollziehbar begründet, dass der Unfall eine leichte Hirnverletzung ohne strukturelle Verletzung des Gehirns verursacht hat und das MRI des Kopfes vom 1. Juni 2015 (AB 85) keine Hinweise für kleinste Gewebeerreissungen im Sinne von Shearing injuries oder sonstige Unfallfolgen ergab. Der Neurologe geht weiter davon aus, dass es aufgrund des Unfalles zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesamtzustandes gekommen ist, wobei er beim Beschwerdeführer – aufgrund der gewissen Vulnerabilität dessen Gehirns – von einer verlängerten Erholungsdauer von sechs Monaten ausgeht. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 4) hat sich Dr. med. G. _____ bezüglich der Erholungsphase nach dem Unfall somit nicht auf Erfahrungswerte für gesunde Menschen gestützt. Allenfalls darüber hinaus bestehende oder neu hinzutretende Symptome sind nicht dem Unfall vom 9. November 2013 zuzuschreiben, sondern gegebenenfalls der progredienten und unaufhaltsam verlaufenden, bereits seit mehreren Jahren vorliegenden Parkinsonerkrankung. Des Weiteren hat der Neurologe plausibel dargelegt, dass selbst ein Zusammenhang zwischen einer – hier nicht vorliegenden – schweren traumatischen Hirnverletzung und dem späteren Auftreten einer Parkinsonerkrankung nicht gesichert wäre bzw. medizinwissenschaftlich umstritten ist (AB 88 S. 4). Die Ausführungen von Dr. med. G. _____ überzeugen auch mit Blick auf den Austrittsbericht des Spitals C. _____ (AB 7) über die Erstkonsultation nach dem Velosturz vom 9. November 2013. Dort wur-

de ein SHT mit einem klinischen Schweregrad 1 bei GCS 14 festgehalten, was eine Hirnstammverletzung ausschliesst (vgl. FIRSCHING/FERBERT in: BRANDT/HOHLFELD et. al. [Hrsg.], Traumatische Schädigungen des Nervensystems, 2009, S. 32) und eine Beeinträchtigung umschreibt, die in der Regel folgenlos ausheilt bzw. höchstens vorübergehend psychomotorische Störungen hervorruft (vgl. STEUDEL/KANZ/NEY in: WIRTH/MUTSCHLER et. al. [Hrsg.], Praxis der Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Aufl. 2013, S. 466).

3.3.3 Die früheren Berichte des behandelnden Neurologen Dr. med. D._____ (AB 31 und 55) werden in der Aktenbeurteilung zutreffend zitiert und in die gesamte Würdigung miteinbezogen. Insbesondere führt Dr. med. G._____ überzeugend aus, dass das von Dr. med. D._____ bereits bemerkte und diagnostizierte Hinzutreten von krankheitsbedingten kognitiven Einschränkungen im Rahmen der Parkinsonerkrankung (AB 31 S. 2) daraufhin deutet, dass sich der Beschwerdeführer bereits in einem weiter fortgeschrittenen Erkrankungsstadium befindet (AB 88 S. 4 f.).

3.3.4 Soweit der Hausarzt Dr. med. E._____ vorbringt, der Beschwerdeführer leide erst seit dem Unfall an den geschilderten Beschwerden (AB 68 und 92), ist darauf hinzuweisen, dass gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung die Formel „post hoc, ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, in der Unfallversicherung nicht massgebend ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Es gilt auch zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für die behandelnden Spezialärzte wie vorliegend den behandelnden Psychiater (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG, heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Aus den Berichten des Psychiaters und des Physiotherapeuten (AB 101 S. 11 und 12) kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten.

3.4 Bei der Adäquanzbeurteilung geht die Beschwerdegegnerin aufgrund des Geschehensablaufs und der erlittenen Verletzungen zu Recht von einem höchstens mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen aus (AB 106 S. 12), was vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wird. Damit müssen für die Bejahung der Adäquanz vier der adäquanzrelevanten Kriterien gegeben sein (vgl. E. 2.2.4 hiervor).

3.5 Die Prüfung der einzelnen adäquanzrelevanten Kriterien ergibt folgendes Bild:

3.5.1 Die Parteien sind sich einig, dass weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besondere Eindrücklichkeit des Velounfalles vorlagen.

3.5.2 Die erlittenen Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades [GCS 14] sowie offene Fraktur des kleinen Fingers links) waren weder besonders schwer, noch von besonderer Art. Das Vorliegen einer dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzung genügt für sich allein nicht; die für die Bejahung dieses Kriteriums notwendige Schwere der typischen Beschwerden liegt ebenso wenig vor wie besondere Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127).

3.5.3 Eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung ist aufgrund der Akten nicht ausgewiesen und wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

3.5.4 Das Kriterium der erheblichen Beschwerden könnte allenfalls ansatzweise bejaht werden. Dies kann indessen letztlich offen bleiben, da es nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist und angesichts der vorstehenden und nachfolgenden Beurteilung der Adäquanzkriterien das einzige zu bejahende Kriterium bliebe.

3.5.5 Anhaltspunkte dafür, dass eine ärztliche Fehlbehandlung die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sind nicht ersichtlich und es wird auch nichts dergleichen geltend gemacht.

3.5.6 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf

und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5). Vorliegend hat die vorbestehende Parkinsonerkrankung den Heilverlauf gegenüber einem Betroffenen ohne Vorzustand zwar verzögert, der Status quo sine war aber nach sechs Monaten erreicht. Das Kriterium schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen ist deshalb zu verneinen.

3.5.7 Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist nicht gegeben.

3.6 Nach dem Dargelegten ist keines bzw. höchstens eines der sieben relevanten Adäquanzkriterien erfüllt. Die Adäquanz allfälliger noch vorhandener unfallbedingter Beschwerden ist deshalb zu verneinen.

3.7 Zusammenfassend ist erstellt, dass die anhaltenden Beschwerden nicht mehr in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 9. November 2013 stehen. Der Status quo sine war spätestens am 8. Mai 2014 erreicht. Der angefochtene Einspracheentscheid ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

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

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA
 - 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.