

200 16 538 UV
SCP/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. November 2016

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 4. Mai 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1982 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war als ... der C._____ bei der SUVA (nachfolgend SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er am 2. August 2006 bei sich zu Hause im Estrich bei einem brüsken Aufrichtemanöver aus kauender Stellung mit dem Kopf gegen die Betondecke stiess und sich dabei eine Prellung des Schädels zuzog (vgl. act. II 1, 8, 11, 15, 22). Die SUVA erbrachte Versicherungsleistungen. Nachdem eine medizinischen Behandlung bei Auslandabwesenheit des Versicherten im Jahr 2010 zumindest vorübergehend eingestellt worden war (vgl. act. II 80), meldete der Versicherte am 3. Juli 2012 einen Rückfall (act. II 81).

Mit Verfügung vom 1. Oktober 2013 hielt die SUVA fest, gemäss ihren Abklärungen bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 2. August 2006 und den im Sommer 2012 gemeldeten Beschwerden. Die SUVA sei demzufolge nicht leistungspflichtig. Wegen der fehlenden Rückfallkausalität könnten auch die Kosten der Behandlung beim Chiropraktor D._____ wie auch der empfohlenen Physiotherapie nicht übernommen werden (act. IIA 168).

B

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, am 1. November 2013 Einsprache mit den Rechtsbegehren, die Verfügung sei aufzuheben und es seien ihm rückwirkend und durchgehend ab dem 2. August 2006 die noch ausstehenden und ihm zustehenden Versicherungsleistungen (Unfalltaggelder) auszurichten. Zudem seien die Behandlungskosten beim Chiropraktor Dr. D._____ sowie die Kosten der zusätzlich notwendigen Physiotherapie zu übernehmen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. IIA 176).

Mit Entscheid vom 4. Mai 2016 wies die SUVA die Einsprache ab (act. IIA 215).

C.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte, wiederum vertreten durch Fürsprecher B._____, am 7. Juni 2016 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm rückwirkend und durchgehend ab dem Datum des Unfalls vom 2. August 2006 die noch ausstehenden und ihm zustehenden Versicherungsleistungen (Unfalltaggelder) zu gewähren und die Behandlungskosten beim Chiropraktor Dr. D._____ sowie die Kosten der zusätzlich notwendigen Physiotherapie zu übernehmen bzw. ihm zurückzuerstatten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit weiterer Eingabe vom 7. Juni 2016 stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher B._____ als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juli 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Erwägungen:

1.

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

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

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid der SUVA vom 4. Mai 2016 (act. IIA 215). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Unfallversicherung infolge des Unfalls vom 2. August 2006 für die mit Rückfallmeldung vom 3. Juli 2012 geltend gemachten Beschwerden und dabei insbesondere, ob zwischen den im Juli 2012 gemeldeten Beschwerden und dem Unfall ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die vor allem beweisrechtlich relevante Frage, ob es sich dabei um die Beurteilung eines Rückfalls oder um einen formell verfügten Fallabschluss handelt, kann vorliegend letztlich offen bleiben, da selbst bei Annahme, es handle sich um eine förmliche Leistungseinstellung, sowohl der natürliche als auch der adäquate Kausalzusammenhang als nicht mehr gegeben zu erachten sind, wie im Folgenden zu zeigen sein wird.

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

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

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines

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

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

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

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist 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, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

2.2.2 Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht nur, soweit zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden zusätzlich ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dem Erfordernis eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung als Voraussetzung für die Leistungspflicht der Versicherung kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 S. 182, 125 V 456 E. 5c S. 462; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.2).

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 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).

2.3 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). Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei

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

fen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blossе Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (SVR 2007 UV Nr. 8 S. 28 E. 2.2). Die Diskussion der Frage, nach welchen Regeln die Adäquanz zu beurteilen ist, kann unterbleiben, wenn der Kausalzusammenhang auch nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) zu verneinen ist (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.3; Entscheid des BGer vom 17. Juni 2010, 8C_248/2010, E. 3.3).

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.

Im Rahmen der Schleudertrauma-Praxis wird bei der Beurteilung der vorstehend genannten Kriterien auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, weil hier nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organisch und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 359 E. 5d aa S. 364 und E. 6a S. 367; RKUV 1999 U 341 S. 409 E. 3b, 1997 U 272 S. 174 E. 4a).

2.5 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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

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

2.8 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 (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4).

3.

3.1 Dass das Ereignis vom 2. August 2006 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten.

3.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Anlässlich der ersten ärztlichen Konsultation nach dem Kopfanprall im Estrich vom 2. August 2006 (vgl. act. II 1) fanden sich gemäss Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, beim Versicherten am 3. August 2006 klinisch eine Beule am rechten hinteren Scheitel sowie ein Schwindel bei Inklination und Rotation nach rechts bei ansonsten unauffälligen neurologischen Verhältnissen. Der Kopfanprall habe weder zu Bewusstlosigkeit noch zu einer Amnesie oder zu Erbrechen geführt, es seien aber nach Angaben des Versicherten sofort starke Kopfschmerzen aufgetreten und am Tag darauf Schwindel beim Drehen und Übelkeit, so dass er nicht mehr habe arbeiten können (act. II 2, 22).

3.2.2 Am 5. und 8. September 2006 wurde der Versicherte durch Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie FMH, neurologisch abgeklärt. Gemäss dessen Bericht vom 11. September 2006 ergab der Untersuchung in Kopftieflage bei Drehung des Kopfes nach rechts wie auch nach links einen horizontalen, nicht dissoziierten Endstellnystagmus, subjektiv verbunden mit Schwindel, reproduzierbar. Im Übrigen sei die Augenmotilität nach allen Richtungen frei. Insbesondere habe beim Versicherten kein spontaner Nystagmus vorgelegen und es seien auch keine Doppelbilder angegeben worden. Klinisch hätten sich keine Hinweise für eine allfällige Contusio Cerebri gefunden. Eine CT-Untersuchung der HWS habe einen unauffälligen Befund ergeben. Neurologisch hätten sich ausser dem genannten Endstellnystagmus in Kopftieflage bei Drehung des Kopfes mit subjektiv empfundenem Schwindel keine Auffälligkeiten gefunden. Prognostisch könne deshalb mit einer weitgehenden Restitutio ad integrum innerhalb von 3 Monaten gerechnet werden. Es sei davon auszugehen, dass die zerrungsbedingten Schmerzen bis dahin ausheilten. In seiner Ar-

beitsfähigkeit sei der Versicherte nicht eingeschränkt. Eine Sportkarenz sei wahrscheinlich sinnvoll (act. II 11).

3.2.3 Ein MRI der Halswirbelsäule in drei Ebenen vom 22. Februar 2007 zeigte eine Chondrose bei HWK5/6 mit breitbasiger Bandscheibenprotrusion und Riss des Anulus fibrosus ohne Nervenwurzelaffektion und eine leichte Chondrose bei HWK4/5 mit minimaler Neuroforameneinengung, jedoch ohne Anhalt für eine echte Nervenwurzelkompression. Anzeichen für eine Entzündung oder Fraktur fanden sich nicht. Sowohl der prävertebrale Weichteilmantel als auch die Nackenmuskulatur kamen unauffällig zur Darstellung (act. II 8).

3.2.4 Am 20. Dezember 2007 fanden in der Radiologie der Klinik G._____ eine Computertomographie des kranio-zervikalen Übergangs sowie ein MRI der oberen HWS des Versicherten statt. Diese ergaben – von einer Streckhaltung der oberen Halswirbelsäule abgesehen – weder computertomographisch noch kernspintomographisch signifikante pathologische Veränderungen am Knochen oder an den ligamentären Strukturen des kranio-zervikalen Übergangs (act. II 19).

3.2.5 Anlässlich von zwei konsiliarischen Untersuchungen bei Dr. med. H._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie FMH, konnte gemäss dessen Bericht vom 5. März 2008 nachgewiesen werden, dass die vom Versicherten zwischenzeitlich als primäre Problematik geschilderte Bewegungseinschränkung der HWS aktiver Natur und nur vorübergehend sei (act. II 20 S. 2 unten).

3.2.6 Am 3. Juni 2008 fand eine otoneurologische Untersuchung des Versicherten im Zentrum I._____ statt. Gemäss dem diesbezüglichen Bericht vom 1. Juli 2008 fielen in der Untersuchung durchwegs ausserordentlich unruhige Augenbewegungen auf. Nystagmen hätten sich aber kaum ableiten lassen. Die Augenbewegungen seien dermassen heftig gewesen, dass sie willentlich kaum hätten durchgeführt werden können. Insgesamt habe sich das klassische Bild einer zentralen Funktionsstörung mit sakkadiertem Blickfolgetest, kleiner Schrift in der Optokinetik und ungenügender Nystagmusunterdrückung durch Blickfixation auf dem Pendelstuhl gezeigt. Dieses Bild werde auch bei demyelinisierenden Erkrankungen ge-

sehen. Zeichen einer peripheren Vestibulopathie hätten nicht gefunden werden können. Sowohl die kalorische Reizprüfung wie auch die vestibulär evozierten myogenen Potenziale seien unauffällig gewesen. Das Untersuchungsergebnis lasse sich nicht mit einer HWS-Problematik erklären. Vielmehr sei an eine intrakranielle Problematik zu denken. Sollte ein noch durchzuführendes Schädel-MRI unauffällig sein, müsse von einer posttraumatischen zentralen Vestibulopathie ausgegangen werden (act. II 30).

3.2.7 Ein am 16. Juli 2008 durchgeführtes MRI des Schädels ergab einen unauffälligen Befund ohne Nachweis von raumfordernden oder entzündlichen Hirnprozessen und auch keine Pathologie im Bereich der beiden Felsenbeine (act. II 32).

3.2.8 Am 29. Juli 2008 kam die Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, im Rahmen einer neurologischen Aktenbeurteilung zum Schluss, dass die vom Versicherten im Beurteilungszeitpunkt geklagten Beschwerden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal auf eine unfallbedingte Läsion des Zentralnervensystems zurückgeführt werden könnten. Der Neurologe Dr. med. F. _____ habe einen Monat nach dem Unfallereignis keine Hinweise auf eine zentrale Vestibulopathie finden können. Trotz ausführlicher Abklärungen hätten aus neurologischer Sicht objektiv keine Unfallfolgen nachgewiesen werden können. Weitere Massnahmen zur Abklärung und Behandlung von Unfallfolgen seien aus neurologischer Sicht nicht indiziert (act. II 38 S. 4).

3.2.9 Am 30. Juli 2008 befürwortete Dr. med. K. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, für Allergologie und klinische Immunologie sowie für Arbeitsmedizin FMH, von der Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin, aus oto-rhino-laryngologischer Sicht eine stationäre Rehabilitation des Versicherten mit der Begründung, es sei wichtig, dass dieser lerne, mit dem geklagten Schwindel umzugehen (act. II 39; siehe auch act. II 48).

3.2.10 Der Versicherte begab sich in der Folge vom 7. August bis 2. Oktober 2008 zur Rehabilitation in die Rehaklinik L. _____. Gemäss Austrittsbericht vom 1. Oktober 2008 waren dessen Beschwerden unter den stationären therapeutischen Massnahmen grösstenteils rückläufig. Seine

Gesamtbelastbarkeit habe sich einigermaßen verbessert. Die Schwindelsymptomatik sei nach vorübergehender Verschlimmerung nicht mehr intensiver als vor dem Eintritt. Trotz verbesserter HWS-Beweglichkeit klage der Versicherte über eine schwankende Schmerzsymptomatik im Nacken, welche ihn verunsichere. Er habe auf einer Leiter stehend sicher über Kopf arbeiten können, diese Aktivität jedoch nach drei Minuten wegen zunehmenden Spannungsgefühlen im Nacken abgebrochen. In dieser Situation habe er latent mit vermehrtem Schwindel reagiert. Joggen sei dem Versicherten nach wie vor nicht möglich, jedoch tue ihm schnelles Gehen gut. Die Arbeitsfähigkeit im Detailhandel werde nach dem Austritt nicht eingeschränkt sein, wobei Überkopparbeiten vermieden würden. Es sei empfehlenswert, die Physiotherapie und die medizinische Trainingstherapie ambulant intensiv fortzuführen (act. II 54).

3.2.11 Gemäss Bericht des Chiropraktors M. _____ vom 21. September 2009 trat beim Beschwerdeführer am 5. September 2009 akut ein Torticollis gefolgt von starker Schwindelsymptomatik mit Arbeitsunfähigkeit auf. Seit dem 7. September 2009 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Wann wieder eine Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne, bleibe ungewiss (act. II 63).

3.2.12 Dr. med. K. _____ von der Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin hielt nach Vorlage des Dossiers am 3. Dezember 2009 fest, die elektronystagmographisch nachweisbaren Störungen mit sakkadieren Blickfolgebewegungen im Eye-Tracking-Test, gestörter Optokinetik und ungenügender Nystagmusunterdrückung durch Blickfixation auf dem Pendelstuhl widerspiegeln eine unfallbedingte strukturelle Schädigung des zentral vestibulären Funktionssystems, wahrscheinlich im Bereich der Synapsen. Ein erheblicher Behandlungsbedarf ergebe sich daraus aus ORL-ärztlicher Sicht jedoch nicht mehr. Aus rein ORL-ärztlicher Sicht sei dem Versicherten seine frühere Tätigkeit als ... wieder voll zumutbar. Allerdings seien Arbeiten auf ungesicherten Gerüsten oder an schnell rotierenden Maschinen bis auf weiteres zu vermeiden. Was den akuten Torticollis anbetreffe, so stehe dieser nicht mit der notwendig erforderlichen Wahrscheinlichkeit in einem kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 2. August 2006 (act. II 66).

3.2.13 Gemäss Bericht des Chiropraktors M._____ vom 20. Januar 2010 war der Beschwerdeführer aufgrund der erneut akuten Schwindelproblematik vom 7. September 2009 bis 29. November 2009 vollständig arbeitsunfähig. Vom 30. November 2009 bis 6. Dezember 2009 habe die Arbeitsunfähigkeit 70% betragen und seit dem 7. Dezember 2009 betrage sie 50%. Eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei auf Februar 2010 geplant (act. II 72).

Ab dem 1. Februar 2010 wurde dem Versicherten vom Chiropraktor M._____ wieder eine Arbeitsfähigkeit von 75% und ab dem 1. März 2010 wieder eine solche von 100% attestiert (act. II 80).

3.2.14 Eine augenärztliche Untersuchung des Versicherten bei Dr. med. N._____, Facharzt für Ophthalmologie, ergab gemäss dessen Bericht vom 15. Mai 2012 eine sehr stark ausgeprägte Augenbenetzungsstörung bei starker folliculärer Konjunktivitis. Die Anamnese für verschiedene Kontaktallergene sei positiv, wobei dem Versicherten ein Zusammenhang zwischen der Allergie und den Augenbeschwerden nicht klar gewesen sei. Nachdem ein Tragen von Kontaktlinsen unmöglich geworden sei, habe der Versicherte im September 2011 in Frankfurt am Main mit gutem Erfolg einen refraktiv-chirurgischen Eingriff in der Hornhaut durchführen lassen. Dr. med. N._____ empfahl in der Folge, neben der offensichtlichen allergischen Genese der chronischen folliculären Konjunktivitis mit schwerer Benetzungsstörung eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung mit Beteiligung der Tränendrüsen auszuschliessen sowie eine Allergieabklärung durchzuführen (act. II 92, 108).

3.2.15 Trotz der entsprechenden Abklärungen fanden sich in der Folge keine Anhaltspunkte für eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung (act. II 109, 110) oder eine andere Erklärung für die chronische Konjunktivitis auch ausserhalb der Pollenzeit (act. II 99). Eine zusätzlich durchgeführte Untersuchung bei Dr. med. O._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, vom 14. August 2012 ergab im detailliert geprüften ORL-Status ebenfalls keine pathologischen Befunde (act. II 113).

3.2.16 Mit Bericht vom 2. September 2012 hielt der Chiropraktor M._____ als Diagnosen ein chronifiziertes zervikozepales Syndrom,

eine Schwindelsymptomatik bei segmentaler Instabilität C2/3 links sowie multisegmentale Bandscheibenprotrusionen mit regionaler HWS-Hypermobilität fest. Es liege eine unfallbedingte zentrale Schwindelproblematik sowie funktionell eine neurologische Störung in der Achse zwischen Schwindelzentrum, HWS und Augenmotorik vor. Trotz aller Bemühungen seien die Schwindelbeschwerden nie vollumfänglich verschwunden und hätten 2009, nach einem akuten Torticollis, erneut einen deutlich akzentuierten Verlauf mit Arbeitsunfähigkeit genommen. Im Weiteren sei eine Augenproblematik mit einer ausgeprägten Unterproduktion von Tränenflüssigkeit und in der Folge chronisch wiederkehrenden Augenentzündungen hinzugekommen. Die Augenärzte hätten die Ursache bisher nicht klären können. Im Rahmen von funktionell-neurologischen Modellen stehe die Ursache mit allergrösster Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der zentralen Schwindelproblematik und der damit assoziierten Verarmung des neurologisch nährenden Informationsflusses aus der HWS, irgendwo in der neurologischen Verknüpfungsachse zwischen dem zentralen Schwindelzentrum, der HWS und der verknüpften Augenmotorik. Geplant sei eine versuchsweise Mobilisation unter Anästhesie, ein Versuch, das neurologische System wieder neu aufzustarten und mit der Information der vollen HWS-Beweglichkeit neu zu beleben (act. II 119).

3.2.17 Am 6. November 2012 fand hinsichtlich der ausgeprägten Sicca-Problematik in der Augenklinik des Spitals P._____ eine Gesamtbeurteilung statt. Als Ursache der trockenen, brennenden Augen sahen die Fachärzte dabei in erster Linie eine ausgeprägte Keratokonjunktivitis sicca bei quantitativer Befeuchtungsstörung und Zustand nach Lasik. Es sei von keinem direkten Zusammenhang zwischen der Keratokonjunktivitis sicca und dem vorangegangenen Halswirbelsäulendistorsionstrauma auszugehen (act. II 139; siehe auch act. II 143).

3.2.18 Am 4. Juni 2013 fand eine erneute neurologische Aktenbeurteilung durch Dr. med. J._____ von der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin statt. Dieser hielt fest, die zwischenzeitlich durchgeführten Abklärungen hätten bezüglich wiederholt hypothetisierter zentraler Vestibulopathie keine neuen medizinischen Erkenntnisse ergeben. Eine Reflexasymmetrie, wie sie Dr. med. M._____ in seinem Bericht vom

2. September 2012 beschreibe, habe von Dr. med. F. _____ zeitnah zum Unfall nicht festgestellt werden können, so dass deren Ursache unklar bleibe, diese aber sicher nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 2. August 2006 stehe. Für eine zentrale Vestibulopathie fänden sich in der zur Verfügung stehenden ärztlichen Dokumentation keine objektivierbaren Befunde, weder durch klinische Untersuchungen noch durch bildgebende Diagnostik. Diesbezüglich sei darauf hinzuweisen, dass durch die kraniale Magnetresonanztomographie vom 15. Juli 2008 keine unfallbedingte Pathologie habe nachgewiesen werden können. Eine unfallbedingte Läsion des zentralen Nervensystems im Sinne einer traumatischen Hirnverletzung, die auf Funktionsebene eine „Störung in der Achse zwischen Schwindelzentrum, HWS und Augenmotorik“ erklären könnte, sei weder unter Berücksichtigung des Unfallmechanismus noch der im Anschluss an den Unfall vom 2. August 2006 erhobenen klinischen Befunde oder der Befunde der Bildgebung anzunehmen. Eine unfallbedingte zentrale Vestibulopathie könne auch heute nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden (act. II 149).

3.2.19 Mit Aktenbeurteilung vom 20. Juni bzw. 1. Juli 2013 hielt Dr. med. K. _____ von der Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin fest, dass in der otoneurologischen Untersuchung vom 1. Juli 2008 durchwegs ausserordentlich unruhige Augenbewegungen aufgefallen seien, wobei ein Spontan- oder ein Provokationsnystagmus nicht habe nachgewiesen werden können. Es seien im Wesentlichen ein sakkadierter Blickfolgetest und eine ungenügende Nystagmusunterdrückung durch Blickfixation auf dem Pendelstuhl aufgefallen. Gemäss Angaben von Dr. med. Q. _____ seien diese Befunde vereinbar mit einer zentralen Vestibulopathie. Dazu sei aus ORL-ärztlicher Sicht zu erwähnen, dass gerade die erwähnten Untersuchungsmethoden stark von der Mitarbeit der Patienten abhängig seien. Schon Eingangs habe Dr. med. Q. _____ in seinem Bericht unter „Beurteilung und Prozedere“ erwähnt, dass der Versicherte unruhige Augenbewegungen aufgewiesen habe. Somit könnten die nachgewiesenen Befunde im Eye-Tracking-Test sowie während der Pendelung durch eine suboptimale Mitarbeit des Versicherten bedingt sein, so dass die nachgewiesenen Befunde als artifiziell bezeichnet werden könnten. Um

diesen Verdacht zu erhärten, brauche es eine otoneurologische Nachkontrolle, zumal die von Dr. med. Q._____ hypothetisch angenommene intrakranielle Problematik nicht durch das Schädel-MRI vom 16. Juli 2008 mit unauffälligen Befunden ohne Nachweis von raumfordernden oder entzündlichen Hirnprozessen und ohne Pathologie im Bereich der beiden Felsenbeine habe gestützt werden können. Angesichts des unauffälligen Schädel-MRI vom 15. Juli 2008 seien die am 3. Juni 2008 im Zentrum I._____ GmbH gezeigten Befunde aus ohrenärztlicher Sicht keine plausiblen Unfallfolgen. Derartige Schädigungen könnten beispielsweise bei Multipler Sklerose oder bei einer diffusen Hirnentzündung beobachtet werden, was beim Versicherten mit Sicherheit nicht der Fall sei (act. IIA 154).

3.2.20 Mit Bericht vom 3. September 2013 hielt der Chiropraktor D._____ gegenüber Dr. med. K._____ als Diagnosen eine komplexe, zentral-vestibulär-okulomotorische Integrationsstörung fest. Es bestünden rezidivierende Tonusstörungen der HWS und des Schultergürtels linksbetont. Bei der Gleichgewichtsprüfung bestünden Defizite der vestibulospinalen Reflexe im Sinne einer Destabilisierung der vestibulospinalen Reflexaktivität bei HWS-Rotationen nach rechts sowie bei HWS-Extensionen. Bei der okulomotorischen Untersuchung bestünden aktuell deutliche Defizite in der Blickfixation horizontal rechts mehr als links sowie vertikal aufwärts mehr als abwärts, verlangsamte und ungenaue Folgebewegungen horizontal und vertikal, verlangsamte und ungenaue Sakkaden horizontal und vertikal bei einer verhältnismässig intakten Optokinetik horizontal besser als vertikal. Seines Erachtens bestehe eine zentrale Störung der Blickmotorik, insbesondere auch der vestibulookulären Reflexaktivität bei Bewegungen des Kopfes/Körpers, was beim Versicherten eine kompensatorische Aktivität der HWS-Muskulatur sowie einen zentralen Mismatch der bewegten Bilder auslöse. Die zerviko-propriozeptiv-nozizeptive Aktivität führe durch spinookuläre Mechanismen auf Grund des chronischen Verlaufs zu einem zentralen Mismatch, der mit einer Störung der kortikalen okulomotorischen Funktionen einhergehe. Die aktuelle Behandlung bestehe aus therapeutischen Übungen zur Förderung der Plastizität der vestibulookulären, vestibulospinalen und spino-cerebello-okulären Reflexsysteme. Bei diesen Übungen handle es sich einerseits um gezielte Aktivierungen der vestibulären Rezeptoren und andererseits um ein Stabili-

sierungstraining der Blickfixation unter gleichzeitiger propriozeptiver Aktivierung der HWS-Propriozeptoren (act. IIA 190).

3.2.21 Am 4. September 2013 fand eine fachärztliche Untersuchung des Versicherten durch Dr. med. K._____ statt. Diese ergab ein normales zentrales und peripher-vestibuläres Funktionssystem. Der Versicherte sei im Laufe des Sommers in ... gewesen, wo er an einem Gleichgewichtszentrum neurootologisch untersucht worden sei. Dr. med. K._____ hat gemäss seinem Bericht die auf zwei USB-Schlüsseln gespeicherten Untersuchungsergebnisse aus ... ebenfalls beurteilt mit dem Ergebnis, dass auch dort keine wesentlichen pathologischen Befunde, die in einem allfälligen kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 2. August 2006 stehen würden, erhoben werden konnten. Was die Eignung anbetreffe, so könne dem Versicherten seine Tätigkeit als ... rein aus ORL-ärztlicher Sicht voll zugemutet werden. Die rezidivierende Nackensteifigkeit sei mittels Nackenmassage und Fango durch eine Physiotherapeutin anzugehen. Die Behandlungskosten beim Chiropraktor D._____ wie auch die Kosten für die Physiotherapie gingen zu Lasten der SUVA. Bei Persistenz der subjektiven Schwindelbeschwerden sei der Versicherte seines Erachtens zu einer neuroophthalmologischen Untersuchung im Spital T._____ anzumelden (act. IIA 167).

3.2.22 Mit Verlaufsbericht vom 20. Januar 2014 hielt der Chiropraktor M._____ gegenüber der Beschwerdegegnerin als Diagnosen einen Status nach Schädelkontusion und Stauchungstrauma der HWS am 2. August 2006 mit funktionellen neurologischen Störungen in der Achse zwischen Schwindelzentrum, HWS und Augenmotorik mit nahezu kompletter reaktiver Einsteifung der HWS, vegetativer Dekompensation, Schlafstörungen, ausgeprägten Kopfschmerzen mit Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie ein Dry-eye-Syndrom fest. Nach intensivierter Therapie im Herbst 2013 hätten sich Kopfschmerzen sowie vermehrt Entgleisungen des vegetativen Nervensystems entwickelt. Nach der Untersuchung durch Dr. med. K._____ sei es zu einer weiteren Verschlechterung mit Zuspitzung der Situation bis zu einem Punkt gekommen, wo Ruhepulse von 130 und Blutdrucke im Liegen von 135 auf 95 aufgrund des entgleisten Vegetativums an der Tagesordnung gelegen hätten und therapeutische Interventionen durch

das überreaktive System praktisch unmöglich geworden seien. Schliesslich habe doch noch eine manuelle Therapie unter Anästhesie durchgeführt werden können, so dass die Aufnahme der speziellen neurorehabilitativen Übungen nun wieder möglich sei. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Beurteilung durch Dr. med. K._____ und derjenigen durch Prof. Dr. R._____ aus Vielleicht sei aus Gründen der Fairness doch noch eine neuroophthalmologische Untersuchung am Spital T._____ durchzuführen (act. IIA 185; siehe auch act. IIA 206).

3.2.23 Mit Bericht vom 26. Juli 2015 diagnostizierte U._____, ein funktionell-neurologisch nach den Konzepten von Professor R._____ arbeitender Chiropraktor aus ... beim Versicherten eine posttraumatische zentrale Vestibulopathie, eine Dysautonomie, einen zervikogenen Schwindel sowie zervikogene Kopfschmerzen und empfahl in der Folge eine Behandlung mit sehr schwach dosierten Reizen (act. IIA 211).

3.2.24 Im Rahmen einer audio-neurootologischen und aequilibrimetrischen Beurteilung diagnostizierte Dr. med. S._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, beim Versicherten mit Bericht vom 14. September 2015 einen Status nach passivem zervikozepalem Akzelerations-/Dezelerationstrauma am 2. August 2006 mit Contusio capitis et Commotio cerebri, eine posttraumatische Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems mit peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung rechts, visuo-okulomotorischer Funktionsstörung und visuo-vestibulärer Integrationsstörung, zerviko-visuellem „Mismatch“ und reduzierter neuro-muskulärer Leistung der unteren Extremitäten, eine multisensorische Hypersensitivität mit Phonophobie und Photophobie sowie ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien beidseits bei einem Reizzustand der zervikalen Proprio- und Nozizeptoren und einer Funktionsstörung der zervikalen Bewegungssegmente. Er empfahl, ein interdisziplinäres Therapiekonzept festzulegen mit dem Ziel, eine stabilisierte Verbesserung der klinischen Symptomatik zu erreichen (act. IIA 208 S. 7 f.).

3.3

3.3.1 Im Nachgang zum Unfall vom 2. August 2006 konnten – von einer Beule am rechten hinteren Scheitel abgesehen – keine durch den Kopfanprall verursachte strukturelle Veränderungen objektiv nachgewiesen werden. Insbesondere fanden sich in den zahlreichen bildgebenden Abklärungen nach dem Unfall zwar degenerative Veränderungen (vgl. act. II 8 sowie E. 3.2.3 hiervor), aber keinerlei als möglicherweise unfallbedingt zu beurteilende Pathologien (vgl. act. II 8, 11, 19, 32). Der gut einen Monat nach dem Unfall vom Neurologen Dr. med. F. _____ als klinisch einzig feststellbare neurologische Auffälligkeit festgehaltene, nicht dissoziierte Endstellnystagmus kann nicht als Hinweis auf eine unfallbedingte strukturelle Veränderung interpretiert werden, da ein Endstellnystagmus keinen pathologischen Befund darstellt, sondern zu den physiologischen, nicht krankhaften Nystagmen zählt (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 1519 sowie act. II 38 S. 3).

3.3.2 Im Juni 2008 fielen beim Versicherten anlässlich einer otoneurologischen Untersuchung im Zentrum I. _____ durchwegs ausserordentlich unruhige, heftige Augenbewegungen mit sakkadiertem Blickfolgetest, kleiner Schrift in der Optokinetik und ungenügender Nystagmusunterdrückung durch Blickfixation auf dem Pendelstuhl auf. Die Augenbewegungen seien dermassen heftig, dass sie kaum willentlich durchgeführt werden könnten. Die Ärzte postulierten in der Folge für den Fall, dass sich diese Befunde nicht durch ein Schädel-MRI bildgebend erklären liessen, das Vorliegen einer posttraumatischen zentralen Vestibulopathie (vgl. act. II 30 sowie E. 3.2.6 hiervor). In seinem Bericht vom 1. Juli 2013 hält Dr. med. K. _____ diesbezüglich fest, dass die anlässlich der otoneurologischen Untersuchung erhobenen Befunde auch artifiziell sein könnten und erachtete in der Folge eine otoneurologische Nachkontrolle für erforderlich (vgl. act. IIA 154 sowie E. 3.2.19 hiervor). Eine solche fand am 4. September 2013 bei ihm selbst statt, wobei sämtliche Untersuchungsbefunde – auch diejenigen aus dem Eye-Tracking-Test und den Tests im Drehpendelstuhl – normal ausfielen. Dr. med. K. _____ hielt in der Folge als Beurteilung ein normales zentrales und peripher-vestibuläres Funktionssystem fest (vgl. act. IIA 167 sowie E. 3.2.21 hiervor). Demgegenüber diagnostizierte

Dr. med. S. _____ beim Beschwerdeführer im September 2015 u.a. eine posttraumatische Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems mit peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung rechts, visuo-okulomotorischer Funktionsstörung und visuo-vestibulärer Integrationsstörung. Ob eine solche Störung beim Versicherten entgegen den Feststellungen von Dr. med. K. _____ tatsächlich objektiv vorliegt, braucht vorliegend nicht abschliessend geklärt zu werden. Selbst wenn eine solche Störung vorliegen sollte, lässt der Bericht von Dr. med. S. _____ vom 14. September 2015 nicht auf einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dieser Störung und dem Unfall vom 2. August 2006 schliessen. Mehrfach schon hat sich das Bundesgericht zu der von Dr. med. S. _____ zusätzlich zu den bereits von den anderen Fachärzten durchgeführten Untersuchungen angewandten Untersuchungsmethode der dynamischen Posturographie geäussert und dabei festgehalten, dass sich eine Unfallfolge (auch) mittels Posturographie nicht organisch objektiv nachweisen lässt. Zwar könnten bestimmte Informationen gewonnen und sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektiviert werden, direkte Aussagen zur Ätiologie und damit zur Unfallkausalität eines Leidens seien jedoch ausgeschlossen (Entscheid des BGer vom 17. August 2010, 8C_419/2010, E. 3.2.2 mit Hinweisen). Dr. med. S. _____ postuliert trotz der diesbezüglich fehlenden Aussagekraft seiner Untersuchungsergebnisse eine Unfallkausalität der vom Versicherten geklagten Beschwerden, wobei festzuhalten ist, dass er dabei von falschen Annahmen ausgeht. So hält er in seinem Bericht fest, dass der Unfall zu einer kurzen Bewusstlosigkeit geführt und dass der Versicherte von Anfang an an einer ausgeprägten visuellen Symptomatik mit Verschwommensehen und visuellem Unbehagen gelitten habe (act. IIA 208 S. 1). Beides ist aktenwidrig. Gemäss den diesbezüglich übereinstimmenden echtzeitlichen medizinischen Berichten hat der Kopfanprall vom 2. August 2006 zu keiner Bewusstlosigkeit und auch zu keiner im Anschluss an den Kopfanprall aufgetretenen visuellen Symptomatik geführt (vgl. act. II 2, 11, 13 ff., 20, 22). Eine diesbezügliche Symptomatik zeigte der Versicherte gemäss Akten erstmals im Sommer 2008 (vgl. act. II 30), mithin fast zwei Jahre nach dem Unfall, während gut einen Monat nach dem Unfall gemäss dem neurologischen Bericht von Dr. med. F. _____ vom 11. September 2006 noch keine solchen Beschwerden im Raum standen (freie Augenmotilität, keine Angaben von Doppelbildern; vgl. act. II 11 S. 2 sowie E. 3.2.2

hiervor; siehe auch act. II 54 S. 5). Nachdem Dr. med. S. _____ nicht nur diese Entwicklung, sondern auch sämtliche dokumentierten krankhaften Veränderungen im Bereich der HWS (vgl. E. 3.2.3 hiervor) und der Augen (vgl. E. 3.2.14 und 3.2.17 hiervor) wie auch sämtliche Vorbeurteilungen der mit dem Beschwerdeführer befassten Spezialärzte bei seiner Beurteilung völlig ausgeblendet hat, kann seinem Bericht im Hinblick auf die Frage der Unfallkausalität der von ihm erhobenen Befunde kein Beweiswert zuerkannt werden, umso weniger, als seine diesbezügliche Einschätzung ausschliesslich auf der unzulässigen Beweisformel „post hoc, ergo propter hoc“ zu beruhen scheint.

3.3.3 In Bezug auf die erstmals im Jahr 2012 in den Akten erwähnte Augenbenetzungsstörung des Beschwerdeführers (vgl. E. 3.2.14 hiervor), welche sich gemäss SUVA-Bericht vom 28. August 2012 erstmals nach seiner Rückkehr aus Amerika im Jahr 2010 manifestierte (wobei der Beschwerdeführer offenbar bereits in der Kindheit eine Augenoperation hat über sich ergehen lassen müssen; vgl. act. II 115 S. 2), ist festzuhalten, dass diese Problematik zwischenzeitlich umfassend abgeklärt worden ist (vgl. E. 3.2.15 und 3.2.17 hiervor) mit dem Ergebnis, dass beim Beschwerdeführer nach intensivem langjährigem Kontaktlinsengebrauch mit Unverträglichkeitsreaktion und in der Folge refraktiv-chirurgischem Eingriff in der Hornhaut eine ausgeprägte Keratokonjunktivitis sicca bei quantitativer Befeuchtungsstörung vorliegt. Dass die Fachärzte der Augenklinik des Spitals P. _____ bei dieser Ausgangslage eine Unfallkausalität der betreffenden Beschwerden klar verneinen (vgl. act. II 139 sowie E. 3.2.17 hiervor), überzeugt.

3.4 Zusammenfassend ist gestützt auf die medizinischen Akten in Übereinstimmung mit den Ärzten der SUVA (vgl. E. 3.2.18, 3.2.19 und 3.2.21 hiervor) erstellt, dass der Unfall vom 2. August 2006 beim Beschwerdeführer – von einer Beule am rechten hinteren Scheitel abgesehen – zu keinen organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen im Sinne von strukturellen Veränderungen geführt hat und dass die vom Beschwerdeführer ab dem 3. Juli 2012 geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 2. August 2006 stehen, wobei festzuhalten bleibt, dass

selbst wenn man einen natürlichen Kausalzusammenhang bejahen würde, es am adäquaten Kausalzusammenhang fehlte, wie im Folgenden zu zeigen sein wird. Dabei kann offen bleiben, ob die Beschwerdegegnerin die Adäquanz zu Recht nach den Regeln gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden beurteilt hat, zumal ein adäquater Kausalzusammenhang auch nach der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertrauma-Praxis zu verneinen ist (siehe E. 2.3 hiervor sowie E. 4 hiernach).

4.

4.1 Gemäss Akten stiess der Beschwerdeführer am 2. August 2006 bei einem brüskten Aufrichtemanöver aus kauender Stellung im Estrich mit dem Kopf gegen die Betondecke (vgl. act. II 1, 8, 11, 15, 22).

Mit der Beschwerdegegnerin ist dieser Unfall, wenn nicht gar als banaler bzw. leichter, so doch maximal als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren. Somit wäre die adäquate Kausalität nur zu bejahen, wenn ein Adäquanzkriterium in besonders ausgeprägter Weise oder aber gleichzeitig vier Kriterien erfüllt wären (vgl. E. 2.4 hier- vor). Das ist vorliegend klarerweise zu verneinen:

4.2 Dass der Unfall besonders eindrücklich gewesen wäre oder dramatische Begleitumstände vorgelegen hätten, wird vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht. Dieses Kriterium ist aufgrund des durchwegs gleich geschilderten Unfallhergangs zweifellos nicht erfüllt. Ebenfalls liegen mit der beim Unfall zugezogenen Beule und den in der Folge aufgetretenen Nacken- und Schwindelbeschwerden mit Übelkeit und Kopfschmerzen (vgl. E. 3 hiervor) keine besonders schweren Verletzungen oder Verletzungen von besonderer Art vor. Auch das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist zu verneinen. Bis zur Geltendmachung eines erneuten Leistungsanspruchs im Juli 2012 (auf diesen Zeitpunkt hin ist die Adäquanz vorliegend zu prüfen; vgl. E. 1.2 hiervor) bestanden die Behandlungen des Beschwerdeführers im Wesentlichen in Lockerungsübungen, Massagen, Physiotherapie (act. II 2, 5, 11, 22) und Chiropraktorbehandlungen (act. II 13, 59, 61 f., 72). Dies gilt auch für die

Zeit seines Aufenthalts in der Rehaklinik L. _____, anlässlich welchem gemäss Austrittsbericht im Wesentlichen Physiotherapie in der Gruppe sowie Einzeltherapie zur Kräftigung der rumpfstabilisierenden Muskulatur, zur Beweglichkeitsverbesserung der Wirbelsäule, zur Schmerzlinderung, zur Verbesserung der Schwindelsymptomatik sowie zum Erlernen eines verbesserten Umgangs mit den Beschwerden stattgefunden haben (vgl. act. II 54 S. 2). Die vom Beschwerdeführer bis zur Leistungseinstellung in Anspruch genommenen therapeutischen Massnahmen können damit nicht als fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung qualifiziert werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 84 E. 8.3.3; Entscheid des BGer vom 16. Februar 2009, 8C_327/2008, E. 4.2). Dies umso weniger, als ab Juni 2010 bis zur Leistungseinstellung in den Akten keinerlei diesbezügliche Behandlungen mehr dokumentiert sind (vgl. act. II 80, 81). Auch das Kriterium eines schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen kann nicht bejaht werden. Aus der blossen Dauer der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu vielmehr 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). Solche Umstände sind aus den gesamten Akten keine ersichtlich. Ebenso wenig finden sich Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung (vgl. E. 3.2 hiervor). Was Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in der Zeit bis zum Fallabschluss nicht in erheblichem Masse arbeitsunfähig war. Unmittelbar nach dem Unfall trat eine Arbeitsunfähigkeit von zehn Tagen auf (act. II 3). Eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist danach erstmals wieder für die Zeit vom 6. bis 11. Juli 2007 dokumentiert, wobei in den Akten als Grund für diese Arbeitsunfähigkeit ein ausgeprägter akuter Torticollis genannt ist (act. II 7, 13). Für seinen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik L. _____ vom 7. August bis 2. Oktober 2008 wurde dem Beschwerdeführer sodann wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 54, 58). Davor und danach war er gemäss Akten voll arbeitsfähig. Eine erneute Arbeitsunfähigkeit wurde dem Versicherten von seinem Chiropraktor für die Zeit ab dem 7. September 2009 bescheinigt, wobei als Grund wiederum ein akuter Torticollis genannt ist (act. II 63). Ab dem 7. Dezember 2009 war der Beschwerdeführer noch zu 50% und ab

dem 1. Februar 2010 noch zu 25% arbeitsunfähig (act. II 76). Ab dem 1. März 2010 bis zur Leistungseinstellung ist in den Akten sodann keinerlei Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen (act. II 80). Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist, kann das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen erfüllen (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 130; SVR 2009 UV Nr. 13 S. 56 E. 7.7.1). Dies ist beim Beschwerdeführer nach dem Dargelegten nicht der Fall. Auch dieses Kriterium ist vorliegend somit nicht erfüllt. Was schliesslich das Kriterium der in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden anbelangt, ist festzuhalten, dass die Auswirkungen der geklagten Beschwerden im Arbeitsbereich nach dem Dargelegten gering waren. Beklagt wurde anfänglich primär eine massive Einschränkung in den üblichen sportlichen Aktivitäten (act. II 2, 8, 11). Bezüglich Beschwerden hielt der Versicherte anlässlich seines Aufenthalts in der Rehaklinik L. _____ im Jahr 2008 fest, seit dem Unfall bestünden in etwa unveränderte bewegungs- und belastungsabhängige Nackenschmerzen, die linksseitig in den Hinterkopf ausstrahlten. Er fahre derzeit kein Auto, fühle sich unsicher. Mehrmals täglich komme es zu Drehschwindelattacken, die sich beim Gehen verstärkten. Die Beweglichkeit im Nackenbereich sei noch ziemlich eingeschränkt. Schlaf und Appetit seien gut, er habe keine Kopfschmerzen mehr, Visus und Akusis seien unauffällig (act. II 54 S. 4). Ob das Kriterium der ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden erheblichen Beschwerden angesichts dieser Schilderungen und der bloss kurzzeitigen Auswirkungen der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit bejaht werden kann, erscheint fraglich. Das Kriterium ist jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt.

4.3 Nachdem beim Beschwerdeführer maximal ein Adäquanzkriterium knapp erfüllt ist (siehe E. 4.2 hiavor), hat die Beschwerdegegnerin einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 2. August 2006 bezogen auf den Zeitpunkt des Fallabschlusses zweifellos zu Recht verneint. Der Einspracheentscheid der SUVA vom 4. Mai 2016 (act. IIA 215) ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

5.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

5.3.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

5.3.2 Aufgrund der zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege eingereichten Unterlagen (act. IA) ist die Prozessbedürftigkeit erstellt. Das vorliegende Beschwerdeverfahren ist auch nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Auch ist die anwaltliche Verbeiständung im Beschwerdeverfahren gerechtfertigt. Damit sind die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung im Beschwerdeverfahren erfüllt. Das Gesuch ist somit gutzuheissen und dem Beschwerdeführer Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt beizuordnen.

5.4 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwert-

steuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 8. September 2016 macht Fürsprecher B. _____ ein nicht zu beanstandendes Honorar von Fr. 2'372.50 zuzüglich Auslagen von Fr. 74.30 und Mehrwertsteuer von Fr. 195.75 geltend, womit ein tarifmässiger Parteikostenersatz von Fr. 2'642.55 resultiert. Das amtliche Honorar beträgt demnach Fr. 1'898.-- (Fr. 2'372.50 / Fr. 250.-- / h = 9.49 h x Fr. 200.-- = Fr. 1'898.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 74.30 und Mehrwertsteuer von Fr. 157.80 (8% auf Fr. 1'972.30), somit insgesamt Fr. 2'130.10. Diese amtliche Entschädigung wird Fürsprecher B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils aus der Gerichtskasse vergütet. Der Beschwerdeführer hat dem Kanton Bern diese Kosten entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) nachzuzahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'642.55 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Fürsprecher B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'130.10 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA, Rechtsabteilung
 - Bundesamt für Gesundheit
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.