

200 17 548 UV
SCP/JAP/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Oktober 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 8. Mai 2017 (09.36599.14.1)



Sachverhalt:

A.

Der 1979 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er sich gemäss Schadenmeldung am 31. August 2014 bei einem Fahrradsturz verletzte (Akten der Suva [act. II] 1). Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. II 11 f., 19, 22 f., 34, 40, 106, 126, 143, 197, 202, 224). Ab 20. April 2015 wurde das Taggeld während eines sechsmonatigen Aufbautrainings von der hierfür intersystemisch zuständigen Invalidenversicherung übernommen (act. II 127, 130, 180). Mit Verfügung vom 15. Januar 2016 (act. II 207) stellte die Suva die vorübergehenden Leistungen per 31. Januar 2016 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 215) mit Entscheid vom 8. Mai 2017 (act. II 227) fest.

B.

Mit Eingabe vom 7. Juni 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde. Er beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben und die Sache sei zur weiteren Abklärung an die Suva zurückzuweisen; eventualiter seien die gesetzlichen Leistungen über den 31. Januar 2016 hinaus auf unbestimmte Zeit zu erbringen bzw. eine angemessene Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung zuzusprechen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. September 2017 schloss die Suva (Beschwerdegegerin), vertreten durch Rechtsanwalt C. _____, auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 Abs. 1 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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 8. Mai 2017 (act. II 227). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 31. August 2014 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die vorübergehenden Leistungen per 31. Januar 2016 einstellte und weitere Versicherungsleistungen verneinte.

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 vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [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).

Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt weiter 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 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).

2.3

2.3.1 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).

2.3.2 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzu beziehen. 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). Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich

dabei entwickelnden Kräften (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 8 E. 5.2) – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183). Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;

- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls 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 ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). 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 der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

2.4 Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszu-

standes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Die Frage einer zu erwartenden gesundheitlichen Verbesserung ist nur prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2).

2.5 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Dass das in der Schadenmeldung (act. II 1) geschilderte Ereignis vom 31. August 2014 die kumulativen Tatbestandselemente des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten (Beschwerde S. 3 Ziff. IV). Des Weiteren ist angesichts des Unfalldatums in intertemporalrechtlicher Hinsicht die bis 31. Dezember 2016 gültige Rechtslage massgebend (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG), was sich im vorliegenden Fall indes nicht auswirkt.

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

3.2.1 Nach dem Unfallereignis vom 31. August 2014 erfolgte die notfallmässige Rettungsdienstzuweisung an das Spital D. _____ wo der Beschwerdeführer ab dem Unfalltag bis zum 9. September 2014 hospitalisiert blieb. Im Austrittsbericht vom 9. September 2014 (act. II 33) vermerkten die erstbehandelnden Ärzte eine Commotio cerebri mit RQW (Riss-Quetsch-Wunde) supraorbital links, ein postcommotioneller Schwindel (Differentialdiagnose: Contusio labyrinthi) sowie eine Schulterkontusion links. Sie erklärten, im Rahmen der diagnostischen Abklärung mittels CT und MRI (act. II 164) hätten sich keine intrakraniellen Verletzungen gefunden und die neurologische Überwachung sei stets unauffällig gewesen. Es habe jedoch eine ausgeprägte Schwindelsymptomatik persistiert, welche sich erst im Verlauf regredient gezeigt habe. Sie attestierten für die Zeit der stationären Behandlung sowie noch bis 1. Oktober 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 25) und danach eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (act. II 69).

3.2.2 Der nachbehandelnde Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, orientierte im Bericht vom 23. September 2014 (act. II 15) darüber, dass die Kopfschmerzen deutlich abgenommen hätten, aber noch ein anhaltender leichter Schwindel sowie eine Ermüdung bei Arbeiten mit Augenbelastung bestünden. Er bescheinigte zunächst vom 1. bis 14. Oktober 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 20). Nach dem Scheitern eines Arbeitsversuchs im Rahmen eines neuen Arbeitsverhältnisses (act. II 32, 54) vermerkte der Hausarzt im Unfallschein jedoch ab 13. Oktober 2014 bis auf weiteres erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 205). Im Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2014 (act. II 37) gab er an, nebst anhaltendem Schwindel und Kopfschmerzen klage der Beschwerdeführer über Konzentrationsstörungen sowie zervikale Beschwerden.

3.2.3 Im Konsiliarbericht vom 28. November 2014 (act. II 60) hielt Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, unter anderem fest, wahrscheinlich sei es beim Sturzereignis zu einer kurzen Bewusstlosigkeit mit anterograden Amnesie gekommen. Aktuell persistiere ein akutes posttrau-

matisches Syndrom mit einer Zervikozephalgie, einer Vestibulo(okulären) pathie sowie neuropsychologischen Leistungseinbussen (Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung). Anamnestisch und klinisch bestünden keine Anhaltspunkte für einen posttraumatischen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel. Er erachtete eine stationäre Rehabilitation als nicht indiziert und empfahl insbesondere eine Intensivierung der Physiotherapie, eine medizinische Trainingstherapie (MTT), gegebenenfalls eine neuropsychologische bzw. psychologische Therapie, eine ophthalmologische Zusatzabklärung sowie sobald als möglich die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.

3.2.4 Eine ambulante Abklärung bei Dr. med. G._____, Facharzt für Ophthalmologie, vom 18. Dezember 2014 ergab keine pathologischen Befunde (act. II 88).

3.2.5 Ab 9. Dezember 2014 wurde der Beschwerdeführer einmal wöchentlich in der Klinik H._____ psychologisch betreut. Dem Zwischenbericht vom 16. Februar 2015 (act. II 110) ist zu entnehmen, dass sich im Rahmen der psychologischen Untersuchung insgesamt leichte bis mittelgradige Minderleistungen manifestiert hätten. Die Psychologin M.Sc. I._____ und Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie, für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, gaben an, im Vordergrund stünden Leistungsminderungen in den basalen und komplexen Aufmerksamkeitsfunktionen sowie eine deutlich verlangsamte verbale und psychomotorische Verarbeitungsgeschwindigkeit. Sie empfahlen eine möglichst rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess mit einer anfänglichen Arbeitsbelastung von zirka 50 %, wobei die angestammte Tätigkeit aktuell nicht mehr möglich sei. Ergänzend hielten sie am 1. April 2015 fest, im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederung seien einzig Berufsbereiche ungeeignet, welche eine hohe Anforderung an die Reaktionsfähigkeit und Aufmerksamkeitsfunktionen stellten (act. II 114). Am 27. Mai 2015 informierten M.Sc. I._____ und Dr. med. J._____ darüber, dass die psychologische Therapie bei adäquater Selbsteinschätzung, guter Umsetzung der Erholungsstrategien sowie insgesamt erfreulichem Erholungsprozess seit 7. Mai 2015 sistiert sei (act. II 138).

3.2.6 Auf Veranlassung des Hausarztes (act. II 133) hin wurde der Beschwerdeführer ab 2. März 2015 durch Dr. K._____, Chiropraktor, behandelt. Dieser ging im Bericht vom 10. Juni 2015 (act. II 141) von einem rezidivierenden Panvertebralsyndrom aus. Er führte aus, nach physikalisch- und manualtherapeutischen Massnahmen persistierten teilweise noch reaktive Veränderungen der Weichteile und eine muskuläre Dysbalance, weshalb er eine aktive Kräftigung/Stabilisierung der Wirbelsäule unter physiotherapeutischer Anleitung empfehle.

3.2.7 Nach einer bildgebenden Verlaufsuntersuchung vom 21. August 2015 (MRI des Neurokraniums sowie der Wirbelsäule), die – abgesehen von einer kleinen, nicht komprimierenden Diskushernie auf Stufe C5/6 – keine pathologischen Befunde ergab (act. II 166), wurde der Beschwerdeführer am 7. September 2015 in der Spezialsprechstunde Leichte Traumatische Hirnverletzung (LTHV-Assessment) der Rehaklinik L._____ ergo- bzw. physiotherapeutisch, neuropsychologisch sowie neurologisch abgeklärt (act. II 173). In diagnostischer Hinsicht ergab sich das Nachstehende:

- Fahrradsturz am 31. August 2014 mit:
 - leichter traumatischer Hirnverletzung
 - leichter neuropsychologischer Störung mit im Vordergrund stehender Erschöpfbarkeit und erhöhtem Schlafbedürfnis und damit einhergehenden Leistungsschwankungen sowie leichten attentionalen (schwankende kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit) und exekutiven (verbale Fluenz, visuo-verbale Interferenzkontrolle) Minderleistungen, ätiologisch am ehesten im Rahmen von sekundären Faktoren
 - Riss-Quetsch-Wunde supraorbital links
 - postcommotionellem Schwindel, Differentialdiagnose: Contusio labyrinthi
 - Schulterkontusion links
- Spannungskopfschmerz

Die Oberärztin med. pract. M._____, Fachärztin für Neurologie, erklärte, bei unauffälligem MRI des Schädels bestünden aktuell keine Hinweise auf eine hirnorganische Genese der sicherlich im Vordergrund stehenden ausgeprägten Fatigue. Zur weiteren Abklärung einer allenfalls latent vorhandenen Angst- und Depressionssymptomatik werde daher eine psychiatrische Einschätzung empfohlen. Es sei anzunehmen, dass durch eine Wiederaufnahme und langsame Steigerung der körperlichen Betätigung, was auch der Steigerung des Aktivitätsniveaus dienen solle, ein Rückgang der Rückenbeschwerden eintreten werde. Möglicherweise bestehe der an-

gegebene Kopfdruck im Rahmen eines Spannungskopfschmerzes; differentialdiagnostisch sei der Kopfdruck gegebenenfalls auch als Symptom der Erschöpfung zu werten. Der beklagte Schwindel lasse sich bei genauerer Nachfrage eher als ein diffuses Gefühl beschreiben; ein systematischer Schwindel scheine nicht vorzuliegen.

3.2.8 Veranlasst durch die Beschwerdegegnerin (act. II 182 f.), nahm der Beschwerdeführer ab 26. Oktober 2015 eine psychiatrische Behandlung im Spital D. _____ auf. Im vom zuständigen Oberarzt visierten Bericht vom 11. November 2015 (act. II 199) diagnostizierte der Assistenzarzt Dr. med. N. _____ (mittlerweile Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1). Letzterer gab an, die körperliche Symptomatik sei durch ein psychisches Geschehen bedingt bzw. werde durch ein solches verstärkt.

3.2.9 In der Folge liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer durch die Neurologie O. _____ AG abklären. Im entsprechenden «Konsiliarbericht» vom 8. Dezember 2015 (act. II 203) diagnostizierte Dr. med. P. _____, Facharzt für Neurologie, einerseits einen Fahrradsturz vom 31. August 2014 mit neurologisch folgenlos ausgeheilter Schädelprellung und mittels MRI ausgeschlossener struktureller traumatischen Läsion sowie andererseits ein unspezifisches Beschwerdebild bei Vitamin B-12- und Vitamin D-Mangel. Er gelangte zum Schluss, dass überwiegend wahrscheinlich kein unfallkausaler Gesundheitsschaden vorliege, womit auch keine beruflichen Einschränkungen aufgrund von Unfallfolgen bestünden.

3.3 Die gesamte medizinische Aktenlage präsentiert sich insoweit kohärent und widerspruchsfrei, als dass die involvierten Ärzte sich grundsätzlich einig sind, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Fahrradsturzes vom 31. August 2014 – abgesehen von der im vorliegenden Kontext unbedeutenden Riss-Quetsch-Wunde über dem linken Auge sowie allenfalls einem Hämatom durch die stattgehabte linksseitige Schulterkontusion (act. II 33/1) – keine organisch objektivierbaren Verletzungen zuzog. Im Zusammenhang mit der ursprünglich diagnostizierten Commotio cerebri (Gehirnerschütterung, leichtes Schädelhirntrauma [SHT I] oder leichte traumatische Hirnverletzung [LTHV bzw. MTBI; vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 409; MATTLE/MUMENTHALER, Neuro-

logie, 13. Aufl. 2013, S. 41]) zeigten die initialen bildgebenden Untersuchungen (CT und MRI) keine intrakraniellen Verletzungen (act. II 33/1, 164). Auch im Verlaufs-MRI vom 21. August 2015 konnten keine Traumafolgen nachgewiesen werden (act. II 166). Die kleine nicht neurokompressive Diskushernie an der Halswirbelsäule ist offensichtlich degenerativen Ursprungs – mithin nicht unfallkausal – und der Verdacht des Suva-Kreisarztes Dr. med. Q. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wonach der Beschwerdeführer eine schwere Verletzung mit konsekutiver Instabilität der oberen Kopf- gelenke erlitten haben könnte (act. II 157), erhärtete sich nicht. Bezüglich der postcommotionellen Schwindelsymptomatik wurde eine Contusio labyrinthi (act. II 15/1 Ziff. 1, 33/1 Ziff. 2, 173/16 lit. A) lediglich im Sinne einer Differentialdiagnose in Betracht gezogen, eine entsprechende organische Innenohrschädigung konnte indes nicht objektiviert werden (vgl. DÖRFLER/EISENMENGER/LIPPERT/WANDL [Hrsg.], Medizinische Gutachten, 2. Aufl. 2015, S. 438). Die diesbezüglichen vestibulären Prüfungen blieben unauffällig und anamnestisch sowie klinisch bestanden keine Anhaltspunkte für einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS; act. II 60/2 f., 203/3 Ziff. 1). Bereits anlässlich des neurologischen Konsiliums vom 26. November 2014 bei Dr. med. F. _____ gab der Beschwerdeführer im Übrigen an, es bestehe kein Dreh- oder Schwankschwindel mehr und die initiale Überempfindlichkeit des linken Gehörs sei ebenfalls nicht mehr vorhanden (act. II 60/2). Im Dezember 2014 konnte auch eine ophthalmologische Pathologie ausgeschlossen werden (act. II 88). Im Rahmen des LTHV-Assessments vom 7. September 2015 in der Rehaklinik L. _____ fand die Neurologin med. pract. M. _____ für die Fatigue-Symptomatik ebenfalls keine Hinweise auf eine hirnorganische Genese (act. II 174/23). Des Weiteren gelangte Dr. med. P. _____ anlässlich der Exploration vom 8. Dezember 2015 gleichermassen zum Schluss, weder die unspezifischen Kopf- und Schwindelbeschwerden, noch die Wirbelsäulenbeschwerden und die erhöhte Ermüdbarkeit seien organisch-neurologisch objektivierbar (act. II 203/9 Ziff. III). Nichts anderes ergibt sich schliesslich aus dem im Beschwerdeverfahren ins Recht gelegten Bericht des neuen Hausarztes Dr. med. R. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 30. Mai 2017 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4), verwies er darin

doch auf weitere Berichte, in welchen Folgeschäden erwähnt worden seien, die sich nicht objektivieren liessen.

3.4 Der «Konsiliarbericht» der Neurologie O. _____ AG – welche im Zweig der Invalidenversicherung auch als MEDAS fungiert (vgl. <www.suissemedap.ch>, Rubrik: Informationen über die Gutachterstellen) – (act. II 203), wurde nach den Vorgaben von Art. 44 ATSG eingeholt (act. II 178), weshalb ihm in diesem Sinne Gutachtensqualität zukommt. Die darin enthaltene fachärztliche Beurteilung von Dr. med. P. _____ erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. 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) und erbringt vollen Beweis. Die Beurteilung bezüglich des fehlenden organischen Korrelats der geklagten Beschwerdesymptomatik korreliert nach dem vorstehend Dargelegten denn auch mit der übrigen medizinischen Aktenlage. Zwar besteht in diagnostischer Hinsicht dahingehend eine Diskrepanz, als gemäss dem Gutachter nicht von einer Commotio cerebri, sondern einer neurologisch folgenlos ausgeheilten Schädelprellung auszugehen ist (act. II 203/8 f. Ziff. III f.), diese Beurteilung ist indes nachvollziehbar begründet und überzeugt ebenso wie der daraus gezogene Schluss, dass kein unfallkausaler Gesundheitsschaden (mehr) vorliegt (act. II 203/10 Ziff. IV Ziff. 5). Selbst wenn eine stattgehabte Commotio cerebri ausgewiesen wäre, würde sich im Ergebnis nichts ändern (vgl. E. 3.5 hiernach), zumal so oder anders spätestens im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. Januar 2016 nach der schlüssigen und von medizinischer Seite unwidersprochen gebliebenen Einschätzung von Dr. med. N. _____ (act. II 199/1) höchstens noch eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) vorlag. Bei dieser Ausgangslage erübrigen sich weitere medizinische Sachverhaltserhebungen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]; Beschwerde S. 6 Ziff. IV). Ob die besagte psychiatrische Diagnose in einem natürlich kausalen Zusammenhang mit dem inkriminierten Ereignis vom 31. August 2014 steht, kann mit Blick auf die fehlende Adäquanz (vgl. E. 4.2 hiernach) letztlich offen bleiben. Im Übrigen wies die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin (Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. V Ziff. 13.2), dass der Beschwerdeführer in eine beweisrechtlich nicht zulässige (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3) «post hoc ergo propter hoc»-Argumentation verfällt (wonach eine gesundheitliche Schädigung schon

dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist), soweit er sich auf die vor dem Unfallereignis angeblich bestandene Beschwerdefreiheit beruft (Beschwerde S. 5 Ziff. IV f.).

3.5 Die Adäquanz der organisch nicht objektivierbaren Beschwerden hat vorliegend unbestrittenermassen anhand der sog. Psycho-Praxis zu erfolgen (vgl. E. 2.3.2 hiervor), zumal selbst unter der Prämisse einer erlittenen *Commotio cerebri* anstelle einer blossen Schädelprellung keine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung vorläge, welche die Anwendung der sog. Schleudertrauma-Praxis rechtfertigte (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 19. April 2017, 8C_44/2017, E. 4.1, und vom 18. April 2016, 8C_75/2016, E. 4.2). Da im Zeitpunkt des Fallabschlusses offensichtlich keine auf die somatischen Leiden gerichtete ärztliche Behandlung mehr stattfand und von der Fortsetzung einer solchen demgemäss auch keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr hätte erwartet werden können, mithin diesbezüglich der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG (vgl. E. 2.4 hiervor) eingetreten war, ist die Adäquanzprüfung ohne weiteres zulässig (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116).

4.

4.1 Der Unfallhergang vom 31. August 2014 ist in den amtlichen Akten nur rudimentär dokumentiert, da der Beschwerdeführer angab, keine Erinnerungen an den Fahrradsturz zu haben (act. II 1; vgl. hingegen act. II 69/1 ad Ziff. 4). Jedenfalls war der Beschwerdeführer nach eigenen Schilderungen mit dem Rennrad unterwegs, trug einen Fahrradhelm und wollte einen Bahnübergang überqueren, als er – ohne mit einem Reifen in die Bahnschiene geraten zu sein – zu Fall kam. Die Polizei wurde nicht avisiert und der nachfolgende Autofahrer konnte ebenfalls nicht sagen, weshalb es zum Sturz kam (act. II 21). Die Angaben im Austrittsbericht des Spitals D._____ vom 9. September 2014 (act. II 33) lassen darauf schliessen, dass der Beschwerdeführer sich beim Sturz den (behelmteten) Kopf sowie die Schulter an der Fahrbahn kontusionierte. Mit Blick auf die höchstrichterliche Kasuistik ist dieses Ereignis als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich

zu den leichten Unfällen zu qualifizieren (vgl. Entscheide des BGer vom 11. September 2013, 8C_62/2013, E. 7.3, vom 9. November 2010, 8C_605/2010, E. 6.1, je mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 64), was zwischen den Parteien denn auch unbestritten ist (act. II 227/13; Beschwerde S. 5 Ziff. IV). Es gilt somit, die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung für diesen Bereich entwickelten Kriterien (vgl. E. 2.3.2 hiavor) zu prüfen.

4.1.1 Dem Unfallereignis vom 31. August 2014 muss – auch wenn der exakte biomechanische Ablauf des Fahrradsturzes nicht restlos erstellt ist – bei objektiver Betrachtung eine besondere Eindrücklichkeit abgesprochen werden, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Januar 2016, 8C_568/2015, E. 3.5). Besonders dramatische Begleitumstände sind ebenfalls nicht auszumachen und wurden auch in den vorerwähnten ähnlich gelagerten Fällen (BGer 8C_62/2013 E. 8.1; BGer 8C_605/2010 E. 6.2.2) verneint. Das entsprechende Adäquanzkriterium ist nicht erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Weise.

4.1.2 Der Beschwerdeführer erlitt keine somatischen Verletzungen von besonderer Schwere bzw. Art. Die äusseren Verletzungen beschränkten sich auf eine Riss-Quetsch-Wunde über dem linken Auge; initial wurde zudem lediglich eine Commotio cerebri sowie eine linksseitige Schulterkontusion diagnostiziert (act. II 33/1). Die zehntätige stationäre Behandlung diente hauptsächlich der neurologischen Überwachung und diagnostischen Abklärungen, invasive Eingriffe waren nicht nötig (act. II 30, 33). Auch die geklagten Kopfschmerzen (act. II 15/1 Ziff. 2 lit. a, 37 Ziff. 2 lit. a, 173/16 lit. B) stellen rechtsprechungsgemäss keinen organisch nachweisbaren Unfallschaden dar, selbst wenn sie nach der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzkrankungen (ICHD II) der Internationalen Headache Society klassifiziert werden könnten (Entscheid des BGer vom 4. Februar 2011, 8C_680/2010, E. 3.2). Eine solche Klassifikation wurde durch die Ärzte vorliegend im Übrigen nicht vorgenommen.

4.1.3 Eine ungewöhnlich lange ärztliche Behandlung fand nicht statt. Nach der Wundversorgung (act. II 33/1, 69/2) und analgetischen Therapie erfolgten im Wesentlichen noch (differential-)diagnostische bzw. versiche-

rungsmedizinische Abklärungen und klinische Verlaufskontrollen (act. II 15/1 Ziff. 3, 33/2, 37 Ziff. 3, 60, 88, 166, 173, 203), denen nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zukommt (vgl. Entscheid des BGer vom 1. April 2015, 8C_791/2014, E. 4.2.4). Spätestens am 31. Oktober 2014 nahm der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben keine Medikamente mehr ein (act. II 43/2) und die manualtherapeutischen Vorkehren in Form von Sitzungen beim Chiropraktor (act. II 141) und Physiotherapie bzw. MTT (act. II 51, 73, 75, 84, 90, 95, 119, 145) gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Entscheid des BGer vom 5. Oktober 2007, U 395/06, E. 5.3 mit Hinweisen).

4.1.4 Körperliche Dauerschmerzen sind nicht ausgewiesen, zumal die Kopfschmerzen kein organisches Korrelat aufweisen (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

4.1.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ist nicht aktenkundig und wurde auch nicht geltend gemacht. Ein schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen ist ebenso wenig ausgewiesen.

4.1.6 Die erstbehandelnden Ärzte bescheinigten bereits ab 2. Oktober 2014 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (act. II 69). Zwar vermerkte der Hausarzt Dr. med. E. _____ im Unfallschein für dieselbe Zeit zunächst eine 50%ige und nach dem gescheiterten Arbeitsversuch (act. II 32, 54) ab 13. Oktober 2014 bis anfangs 2016 (also auch während des sechsmonatigen Aufbautrainings [act. II 127, 130], in welchem der Einsatz kurzfristig bis 100 % gesteigert werden konnte [act. II 151/2]) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 205). Die attestierten Arbeitsunfähigkeiten betrafen aber spätestens ab 2. Oktober 2014 offensichtlich nicht mehr organisch objektivierbare Beschwerden, womit das Kriterium des Grades und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von vornherein nicht erfüllt ist.

4.2 Nach dem Gesagten ist vorliegend keines der sieben Kriterien erfüllt, womit die adäquate Unfallkausalität zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 31. August 2014 zu vernein-

nen ist. Weil auch keine somatischen Unfallfolgen bestehen, stellte die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zulässigerweise per 31. Januar 2016 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen zu Recht. Die gegen den Einspracheentscheid vom 8. Mai 2017 (act. II 227) gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 108 Abs. 3 VRPG [Umkehrschluss] i.V.m. Art. 1 Abs. 1 UVG und Art. 61 Ingress ATSG). Die Beschwerdegegnerin als autonome Anstalt des öffentlichen Rechts (Art. 61 Abs. 1 UVG) hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 104 Abs. 4 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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

