

200 17 741 UV
LOU/SCM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Mai 2018

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 (E 0841/17)



Sachverhalt:

A.

Der 1986 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva (Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als er gemäss Schadenmeldung am 21. Oktober 2015 von einem Auto angefahren wurde (Akten der Suva, Antwortbeilagen [AB] 1). Die Suva gewährte für dieses Ereignis Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (AB 2 - 5). Auf zusätzliche medizinische Abklärungen, in deren Rahmen insbesondere ein neuroradiologisches (AB 84) und ein neurologisches Konsilium (AB 85) sowie eine weitere (vgl. AB 80) kreisärztliche Beurteilung (AB 89) eingeholt wurden, verfügte die Suva am 3. Februar 2017 (AB 91) die Leistungseinstellung per 5. Februar 2017. Die dagegen erhobene Einsprache (AB 100) wies sie mit Entscheid vom 28. Juni 2017 (AB 107) ab, wobei sie im Wesentlichen erwog, dass die Voraussetzungen zur Bejahung eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den noch beklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 21. Oktober 2015 nicht gegeben seien.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 30. August 2017 Beschwerde. Er lässt die folgenden Anträge stellen:

1. Die Verfügung vom 3. Februar 2017 sowie der Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 der Beschwerdegegnerin seien aufzuheben.
2. Die Sache sei der Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung zurückzuweisen.

Eventualiter:

3. Die Beschwerdegegnerin habe auch nach dem 5. Februar 2017 auf unbestimmte Zeit die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
4. Dem Beschwerdeführer seien von der Beschwerdegegnerin eine angemessene Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. November 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt C._____, die 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 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 28. Juni 2017 (AB 107). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21. Oktober 2015 (AB 1).

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

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

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3, 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).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist,

einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung 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; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3). 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 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).

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 2017 UV Nr. 8 S. 29 E. 5.1) – 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 Kausal-

zusammenhang 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 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 6.1). 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).

Der Katalog der – abschliessend aufgezählten (BGE 134 V 109 E. 10.2 S. 127) – adäquanz-relevanten Kriterien lautet (BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Juni 2017, 8C_833/2016, E. 6.1):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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.

Diese Rechtsprechung betrifft nicht nur „klassische“ Schleudertraumen (d.h. Beschleunigungsmechanismen der Halswirbelsäule ohne Kopfanprall mit der Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule bzw. des Nackens), sondern auch „äquivalente“ Unfallmechanismen, wenn es zum Kopfanprall mit Abknickung der Halswirbelsäule kommt. Voraussetzung ist jedoch, dass Beeinträchtigungen bestehen, die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule (vgl. BGE 117 V 359 E. 4b S. 360) gehören (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a). Auch wenn und soweit sich die Folgen eines Schädel-Hirntraumas mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen, rechtfertigt es sich, die zu Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung sinngemäss anzuwenden (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3). Erreicht ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer *Commotio cerebri* nicht im Grenzbereich zu einer *Contusio cerebri*, so genügt dies grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (SVR 2008 UV Nr. 35 S. 135 E. 4.1.3).

2.5 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (*status quo ante*) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (*status quo sine*) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders

als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

3.

3.1 Dass das in der Schadenmeldung (AB 1) geschilderte Ereignis vom 21. Oktober 2015 die kumulativen Tatbestandselemente des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten. Umstritten ist demgegenüber, ob der Beschwerdeführer auch nach der von der Beschwerdegegnerin verfügten Leistungseinstellung per 5. Februar 2017 weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei stellt sich die Frage nach dem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang. Die Beweislast, wonach die geklagten Beschwerden nicht mehr unfallkausal seien, obliegt dabei der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 2.5 hiervor).

3.2 Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Im Bericht vom 13. Januar 2016 (AB 27) führte Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie, aus, im aktuellen Neurostatus fänden sich keine höhergradigen pathologischen Befunde, der neurovaskuläre Ultraschall sei normal, ohne Hinweise auf Dissektion. Das MRI der HWS zeige keine Affektion neurogener Strukturen und auch keine sicheren Verletzungen im Bereich der Weichteile. Die Röntgenbilder der HWS würden dem Arzt nicht vorliegen. Im MRI des Schädels hätten sich fokale Parenchymdefekte frontobasal links und temporopolar links mit Hämosiderinablagerungen gezeigt, die mit posttraumatischen Veränderungen gut vereinbar seien. Es sei keine frische oder subakute Ischämie und keine intrakranielle Raumforderung auszumachen. Somit sei im Rahmen des Unfalls von einem Schädelhirntrauma (Contusio cerebri) auszugehen.

3.2.2 PD Dr. med. E._____ führte im Bericht vom 2. März 2016 (AB 36 S. 2 f.) unter Hinweis auf die Diagnose einer chronischen Cervikalgie bei Zustand nach HWS-Schleudertrauma aus, der Beschwerdeführer

leide an einem massiven Cervikalsyndrom mit einer hochgradigen myelogenen Komponente, fast kompletter Aufhebung der Beweglichkeit der HWS und diffusen Sensibilitätsstörungen im Bereich beider Arme und Hände. Anhand der ausgiebigen Bildgebung könne er keinen strukturellen Schaden sehen, wobei die Veränderungen des Schädel-MRI's alt seien und die Symptomatik nicht erklärten.

3.2.3 Im neurologischen Bericht vom 2. September 2016 (AB 66) stellten die Ärzte der Klinik F. _____ hauptsächlich die folgenden Diagnosen:

- Traumatische Hirnverletzung
- Verdacht auf HWS-Distorsion
- Status nach Forstunfall mit Sturz aus ca. 40m Höhe mit Commotio cerebri am 24. September 2002

Aufgrund des Schädel-MRI vom 11. Januar 2016 mit fokalen Parenchymdefekten frontobasal links und temporopolar links mit Hämosiderinablagerungen sei am 13. Januar 2016 die Diagnose eines Schädel-Hirn-Traumas gestellt worden (vgl. AB 27). Im aktuellen neurologischen Befund würden aber Symptome eines chronischen posttraumatischen panvertebralen Schmerzsyndroms vordergründig scheinen. Die Diagnose einer stattgehabten traumatischen Hirnverletzung anhand der Bildgebung erklärten die Symptome mit vor allem muskuloskelettalem HWS-Schmerzsyndrom nicht hinreichend. Am Unfalltag sei anamnestisch keine Bewusstlosigkeit beschrieben worden, weiter würden keine Gedächtnisstörungen im Sinne einer Amnesie vorliegen, der Beschwerdeführer sei am Unfalltag vollständig orientiert gewesen; am Abend hätte er Brechreiz sowie Kopfschmerzen und ein Gefühl der Benommenheit verspürt. Zusammenfassend lasse sich nicht ausschliessen, dass die in der Bildgebung vom 11. Januar 2016 beschriebenen Läsionen zum Unfallzeitpunkt bereits bestanden haben könnten. In der aktuellen Testung zeige sich eine unspezifische, minimale kognitive Störung. Vordergründig erscheine aktuell ein chronifiziertes panvertebrales muskuloskelettales Schmerzsyndrom, posttraumatisch.

3.2.4 Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Radiologie, führte im neuroradiologischen Konsil vom 7. Dezember 2016 (AB 84) aus, im MRI vom 11. Januar 2016 (vgl. AB 51) seien in Lage und Konfiguration typische posttraumatische Läsionen nachweisbar, insbesondere frontobasal beidseits linksbetont sowie temporopolar links. Die Mehrzahl dieser Läsionen

sei mit Hämosiderinablagerungen assoziiert. Es sei das typische Bild von alten und konsolidierten posttraumatischen Veränderungen. Es handle sich um relativ ausgeprägte vollständig alte und konsolidierte Läsionen. Bei einem MRI weniger als drei Monate nach dem Unfallereignis würde der Radiologe eher noch nicht vollständig konsolidierte posttraumatische Läsionen erwarten, weshalb sich die Frage stelle, ob nicht möglicherweise bereits ein weiter in der Vergangenheit gelegenes traumatisches Ereignis bestehe.

3.2.5 In der neurologischen Beurteilung vom 19. Dezember 2016 (AB 85) hielten die Dres. med. H. _____ und I. _____, beides Fachärzte für Neurologie, fest, gegen einen Kausalzusammenhang zwischen den im MRI vom 11. Januar 2016 (vgl. AB 51) nachgewiesenen Läsionen beidseits frontal mit Linksbetonung Hämosiderinablagerung und dem Ereignis vom 21. Oktober 2015 sprächen in Kenntnis eines im Jahr 2002 erlittenen Schädelhirntraumas neben bilddiagnostischen Kriterien ein fehlender Kopfanprall bzw. entsprechend fehlende Prellmarken oder äussere Verletzungszeichen sowie fehlende typische Symptome, wie zum Beispiel Amnesie oder Bewusstlosigkeit. Bezogen auf die Wirbelsäule mit fehlenden Hinweisen für eine Weichteilverletzung bzw. jeglichem Fehlen von strukturellen Veränderungen in der HWS sowie erst nach mindestens einem Monat intensivierten Beschwerden bestehe keine objektiv nachweisbare Unfallfolge für das genannte Ereignis. Selbst unter Annahme einer leichten HWS-Distorsion sollten die zeitnah zum Unfall aufgetretenen Beschwerden mittlerweile vollständig regredient sein. Diese Besserung sei bereits von schmerztherapeutischer Seite durch Dr. med. J. _____, Facharzt für Anästhesiologie, in der letzten Beurteilung am 18. Oktober 2016 (vgl. AB 78) bzw. im neurologischen Assessment der Klinik F. _____ vom 17. / 18. Oktober 2016 (richtig: 17. / 18. Mai 2016 [AB 66]) mit der Empfehlung zur schrittweisen beruflichen Wiedereingliederung bestätigt worden.

Zusammenfassend habe sich der Beschwerdeführer durch das fragliche Ereignis überwiegend wahrscheinlich eine leichte Distorsion der HWS zugezogen. Hinsichtlich der Unfallfolgen im Bereich der HWS hätten keine strukturell morphologischen Läsionen nachgewiesen werden können, äussere Verletzungszeichen seien ebenso wenig nachweisbar gewesen. Die

beschriebenen intrakraniellen Läsionen seien auf das Schädelhirntrauma aus dem Jahr 2002 zurückzuführen und damit unfallfremd.

3.2.6 Im Kreisarztbericht vom 26. Januar 2017 (AB 89) führte Dr. med. K._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, die multiplen Prellungen an der rechten Körperhälfte seien folgenlos ausgeheilt. In der HWS seien keine richtunggebenden strukturellen Unfallfolgen festgestellt worden. Die geltend gemachten psychovegetativen Symptome seien im weiteren Verlauf zurückgegangen, anhaltend beklagt worden seien Beschwerden im Schulter- und Nackenbereich, rechts mehr als links. Da richtunggebend keine strukturellen Unfallfolgen festgestellt werden konnten, sei davon auszugehen, dass die beklagten Symptome nach dem Unfall vorübergehender Natur gewesen seien. Somit würden keine strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalls vom 21. Oktober 2015 vorliegen und eine allfällige weitere Behandlung entfallen.

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351

E. 3a S. 352). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.4 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 (AB 107) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das neuroradiologische Konsil vom 7. Dezember 2016 (AB 84), die neurologische Beurteilung vom 19. Dezember 2016 (AB 85) sowie den Kreisarztbericht vom 26. Januar 2017 (AB 89). Diese fachärztlichen Einschätzungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (E. 3.3 hiavor) und erbringen vollen Beweis, weshalb sich die beschwerdeweise beantragte Rückweisung zur Neubeurteilung erübrigt (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.4.1 Betreffend die im MRI vom 11. Januar 2016 (AB 51) nachgewiesenen Läsionen des Schädels ist Folgendes festzuhalten:

Anlässlich der Sonographie vom 22. Oktober 2015 (AB 8) sowie dem MRI der HWS vom 10. November 2015 (AB 9) erwähnten die Ärzte des Spitals M._____ unter den klinischen Angaben zwar Prellungen des Thorax, der Flanke und des Beckens sowie Nackenbeschwerden, jedoch keinen Kopfanprall. In der Unfallmeldung vom 4. November 2015 (AB 1) hat der Beschwerdeführer eine Verletzung der HWS, des Beckens und mehrerer Bereiche der unteren Extremitäten, nicht aber des Kopfes angegeben. Ebenso wenig findet ein Kopfanprall im Polizeirapport vom 28. Oktober 2015 (AB 54) oder im Arzteugnis von Dr. med. L._____, Facharzt für

Allgemeine Innere Medizin, vom 1. Januar 2016 (AB 18) Erwähnung. Soweit Dr. med. L. _____ Anfang Dezember 2015 einen Kopfanprall gegen die Front des eigenen Autos festhielt (AB 11 S. 1) bzw. der Beschwerdeführer Ende Juli 2016 angab, er sei mit dem Kopf seitlich an der Motorhaube und anschliessend mit der Stirn am Boden aufgeprallt (AB 56 S. 2), vermag dies an den vorgenannten überzeugenden Aussagen der ersten Stunde (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; SVR 2016 UV Nr. 44 S. 147 E. 3.5) – unter Berücksichtigung der medizinischen Befundlage – nichts zu ändern. Ein fehlender (oder allenfalls höchstens schwacher) Kopfanprall steht mit dem anlässlich des neurovaskulären Ultraschalls vom 2. Dezember 2015 (AB 25) ermittelten extra- und intrakraniellen Normalbefund ohne Hinweise auf eine Dissektion in Übereinstimmung. PD Dr. med. E. _____ bewertete die „Veränderungen“ gemäss Schädel-MRI im März 2016 denn auch als alt und nicht geeignet, um die beschriebene HWS-Symptomatik zu erklären (AB 36 S. 3). Gleichermassen führten auch die Ärzte der Klinik F. _____ im September 2016 aus, die Diagnose einer stattgehabten traumatischen Hirnverletzung vermöchte die Symptome eines chronischen posttraumatischen panvertebralen Schmerzsyndroms – welches vordergründig scheine – nicht hinreichend zu erklären (AB 66 S. 6). Sie zogen in Erwägung, dass die in der Bildgebung beschriebenen Läsionen zum Unfallzeitpunkt bereits bestanden haben könnten (AB 66 S. 7). In der Folge hielt Prof. Dr. med. G. _____ in der Nachbeurteilung vom 7. Dezember 2016 (AB 84) fest, die nachgewiesenen Läsionen des Schädels würden dem typischen Bild von vollständig alten und konsolidierten Läsionen entsprechen und er zog ein früher zurückliegendes Trauma ebenfalls in Betracht. Unter diesen Umständen überzeugt, wenn die Dres. med. H. _____ und I. _____ in der Beurteilung vom 19. Dezember 2016 – auch mit Blick auf fehlende Prellmarken oder äussere Verletzungszeichen sowie fehlende Symptome wie beispielsweise Amnesie oder Bewusstlosigkeit – zum Schluss gelangten, die im MRI nachgewiesenen Läsionen seien vorbestehend (vgl. AB 25, 27, 51, 56 S. 4, 66 S. 6 f.) und nicht kausal zum fraglichen Unfall vom 21. Oktober 2015 (AB 85 S. 7 f.).

3.4.2 Sodann sind die beklagten Beeinträchtigungen an der HWS zu beurteilen:

Im MRI der HWS vom 10. November 2015 (AB 9) wurde eine altersgemässe Abbildung aufgeführt, dies bei regelrechter HWS-Lordose, fehlender Übergangsanomalie oder Gefügeverschiebung sowie sonstigen fehlenden Hinweisen für eine unfallbedingte Schädigung. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 3. Dezember 2015 (AB 11) führte Dr. med. L. _____ bezogen auf die bei der Erstkonsultation erhobenen Befunde aus, sofort nach dem Unfall seien Nackenschmerzen und Schwindel sowie (initial) Becken-, Rücken- und Fusschmerzen aufgetreten. Nach zwei bis drei Tagen seien Koordinationsstörungen, Augenflimmern und Lichtempfindlichkeit hinzugetreten. Die HWS wurde in jeglicher Bewegung (Flexion, Extension, Drehung, Neigung, Druck) als schmerzhaft angegeben. Im Bericht vom 6. März 2016 (AB 30) führte der behandelnde Dr. med. L. _____ weiter eine initial milde HWS-Symptomatik links bei im Verlauf ausgeprägtem Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas mit funktioneller Beeinträchtigung und neurovegetativer Symptomatik auf. Einen strukturellen Schaden konnte jedoch auch (vgl. MRI vom 10. November 2015 [AB 9]) PD Dr. med. E. _____ nicht ausmachen, wobei er hinsichtlich Funktionsaufnahmen der HWS und CT der HWS vom 2. März 2016 festhielt, es bestehe ein regelrechtes Aligment, keine Instabilität, keine ossäre Läsion sowie keine relevante Facettarthrose oder Fehlhaltung (AB 36 S. 3). Am 27. Oktober 2016 führte Kreisarzt Dr. med. K. _____ aus, an der HWS seien keine strukturellen Unfallfolgen festzustellen, womit von einer weiteren Behandlung auch keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden könne (AB 80). Die Dres. med. H. _____ und I. _____ hielten zudem am 19. Dezember 2016 fest, die zervikale Symptomatik sei erstaunlicherweise anlässlich der Beurteilung von Dr. med. D. _____ im Dezember 2015 (vgl. AB 27) – und damit ca. einen Monat nach dem Unfall – offensichtlich nicht im Vordergrund gestanden, sondern habe sich in der nun vorliegenden Intensität erst später ausgebildet. Schlüssig und nachvollziehbar gelangten die Ärzte zum Schluss, dass bei fehlenden Hinweisen für eine Weichteilverletzung bzw. jeglichem Fehlen von strukturellen Veränderungen in der HWS keine objektiv nachweisbaren Unfallfolgen für das Ereignis vom 21. Oktober 2015 vorlägen. Es überzeugt ebenso, wenn weiter festgehalten wurde, dass selbst unter Annahme einer leichten HWS-Distorsion (bei Beschwerden mit eingeschränkter HWS-Mobilität und druckschmerz-

hafter paravertebraler Areale) sich diese typischerweise innerhalb von wenigen Wochen bis maximal drei Monaten zurückbildeten und somit mittlerweile vollständig regredient seien (AB 85 S. 8). Dies korreliert denn auch mit den Feststellungen des Schmerztherapeuten Dr. med. J._____, welcher über eine deutliche Verbesserung mittels Facetten-Denervation berichtete und im Dezember 2016 noch vorhandene Restbeschwerden der ausgeprägten körperlichen Dekonditionierung zuordnete (AB 78, 83). Zuvor befürworteten die Ärzte der Klinik F._____ bereits im September 2016 einen zeitnahen Wiedereinstieg in einen geregelten Arbeitsalltag mit beschwerdeangepasster Tätigkeit (AB 66 S. 7). Der Kreisarzt Dr. med. K._____ bestätigte die bisherigen Einschätzungen am 26. Januar 2017, indem er ausführte, durch die fehlenden strukturellen Unfallfolgen der HWS sei davon auszugehen, dass die beklagten Symptome nach dem Unfall vorübergehender Natur gewesen seien und eine weitere Behandlung struktureller Unfallfolgen entfalle (AB 89 S. 2).

3.4.3 Der am 22. Oktober 2015 und damit einen Tag nach dem Unfall im Spital M._____ ermittelte Röntgenbefund ergab unauffällige Abdominalorgane, keinen Hinweis auf eine Traumafolge, eine regelrechte Milz sowie kein Rezidiv einer Leistenhernie (AB 8). Die erlittenen Prellungen (vgl. AB 26, 54 S. 11, 56 S. 2) – der Beschwerdeführer gab gegenüber Dr. med. L._____ initial aufgetretene Becken-, Rücken- und Fusschmerzen an (AB 11 S. 2, vgl. auch AB 18) – sind unbestrittenermassen folgenlos abgeklungen (AB 89 S. 2).

3.5 Nach dem Ausgeführten hat sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 21. Oktober 2015 keine strukturell objektivierbaren Verletzungen zugezogen. Die nach dem Ereignis beklagten Beschwerden waren vorübergehender Natur, womit deren weitere Geltendmachung nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum fraglichen Unfall steht. Selbst bei Annahme des Vorliegens einer natürlichen Kausalität könnte der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, da – wie aufzuzeigen sein wird (E. 4 hiernach) – die adäquate Kausalität zu verneinen wäre.

4.

4.1 Unter Annahme einer leichten Distorsion der HWS (AB 85 S. 8) ergibt die Adäquanzprüfung nach der sogenannten Schleudertrauma-Praxis (E. 2.3 hiervor) das Folgende:

4.2 Anlässlich des Unfallereignisses vom 21. Oktober 2015 wurde der Beschwerdeführer als Fussgänger von einem langsam neben ihm vorbeifahrenden Auto angefahren (vgl. AB 54). Direkt danach wurde weder medizinische Hilfe noch die Polizei hinzugezogen und der Beschwerdeführer fuhr zunächst noch auf seine Arbeitsstelle (vgl. AB 18). Unter diesen Umständen ist von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen (vgl. z.B. Entscheid des BGer vom 29. Juli 2011, 8C_140/2011), womit für die Bejahung der Adäquanz vier Einzelkriterien erfüllt oder eines davon in besonders ausgeprägter oder auffälliger Weise vorhanden sein müssen (E. 2.4 hiervor). Wie die nachstehende Prüfung zeigen wird, änderte sich am Ergebnis selbst dann nichts, wenn von einem mittelschweren Unfallereignis im engeren Sinn ausgegangen würde.

4.2.1 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls wird weder geltend gemacht noch bestehen hierfür anhand der medizinischen oder polizeilichen Unterlagen aus objektiver Sicht irgendwelche Anhaltspunkte (vgl. hierzu BGE 140 V 356 E. 5.6.1 S. 366, 134 V 109 E. 10.2.1 S. 127; SVR 2016 UV Nr. 21 S. 69 E. 5.3.2).

4.2.2 Weiter genügt die Diagnose eines Schleudertraumas (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich behandelten Verletzung) für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf dazu vielmehr einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127; SVR 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 7). Selbst unter der Annahme, der Beschwerdeführer habe sich beim Unfall vom 21. Oktober 2015

eine HWS-Distorsion zugezogen, wäre dies geschehen, ohne dass die eben dargelegten rechtsprechungsgemässen Anforderungen zur Erfüllung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen gegeben gewesen wären.

4.2.3 Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung erfordert eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtete ärztliche Behandlung, verbunden mit einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Ambulante Physiotherapie, alternativmedizinische Massnahmen sowie Verlaufskontrollen sind nicht im Sinne der Rechtsprechung als belastend zu qualifizieren (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). Die vom Beschwerdeführer aufgeführten medizinischen Behandlungen wie Physiotherapie, Schmerzmedikation, Akupunktur, Neuraltherapie sowie Nervenblockade mit anschliessender Denervation (vgl. AB 56 S. 2, 70, 78, 83, 104 S. 4 und 17 sowie Beschwerde S. 6) vermögen nicht zur Bejahung des fraglichen Kriteriums zu führen.

4.2.4 Für die Adäquanzfrage wesentlich können im Weiteren in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128; SVR 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 9). Anlässlich des Assessments in der Klinik F. _____ im Mai 2016 war der Beschwerdeführer in der Lage, alle praktischen Arbeitsproben – ausser der Tätigkeit „Bohren über Kopf“ – durchzuführen. Auch das Heben und Tragen von schweren Gegenständen (9 - 25 kg) war ohne von aussen beobachtbare Schonbewegungen oder Schmerzzeichen möglich (AB 66 S. 6). Dr. med. J. _____ erklärte die nach Facetten-Denervation noch vorhandenen Restbeschwerden im Dezember 2016 mit der ausgeprägten körperlichen Dekonditionierung (AB 83) bzw. im August 2017 führte er aus, Schmerzen bestünden bei längeren intensiveren körperlichen Belastungen, wobei er sich aus schmerztherapeutischer Sicht für einen Fallabschluss per Ende

2017 resp. Anfang 2018 aussprach (AB 110). Soweit der Beschwerdeführer aufführt, seit dem Unfall sei er im Innern der Wohnung zwingend auf Hilfe angewiesen und die Pflege des Umschwungs sowie die Bereitstellung des Brennholzes werde extern in Auftrag gegeben (Beschwerde S. 6), so findet dieses Verhalten keine Stütze in somatischen Gesundheitsschäden und gründet darüber hinaus auf der beweisrechtlich unzulässigen Formel "post hoc, ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Folglich kann nicht von erheblichen Dauerschmerzen im Sinne dieses Kriteriums gesprochen werden.

4.2.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, liegt nicht vor.

4.2.6 Auch das Kriterium des schwierigen Heilverlaufs und der erheblichen Komplikationen ist nicht erfüllt. Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5.5). Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu 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). Nicht darunter fallen etwa die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien wie auch die Tatsache, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3). Eine Behandlungsbedürftigkeit während zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS und äquivalenten Verletzungen mit ähnlichem Beschwerdebild ist als durchaus üblich zu betrachten (SVR 2007 UV Nr. 25 S. 84 E. 8.3.3; RKUV 2005 U 549 S. 239 E. 5.2.4).

4.2.7 Schliesslich liegt auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen nicht vor. Die Ärzte der Klinik F._____ empfahlen bereits im Mai und September 2016 einen raschen Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag (AB 56 S. 5, 66 S. 7, 67 S. 10) und auch Dr. med. J._____ hielt im August 2017 eine vorsichtig erfolgte

Steigerung des Arbeitspensums fest (AB 110), dies nachdem er im April 2017 einen Arbeitswiedereinstieg mit einer Belastung von drei bis vier Stunden täglich vorgeschlagen hatte (AB 106 S. 4).

4.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass von den sieben relevanten Kriterien keines erfüllt ist. Damit hat die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den nach wie vor geltend gemachten Beeinträchtigungen und dem Unfall vom 21. Oktober 2015 zu Recht verneint.

5.

Nach dem Dargelegten sind die weiterhin geklagten Beschwerden nicht kausal zum Ereignis vom 21. Oktober 2015, weshalb die von der Beschwerdegegnerin per 5. Februar 2017 vorgenommene Leistungseinstellung nicht zu beanstanden ist. Damit besteht von vornherein kein Anspruch auf eine Invalidenrente oder eine Integritätsentschädigung und ist die gegen den Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 (AB 107) erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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