

# AR\_GERICHTE OG O3V-19-13 vom 30. April 2020

AR Gerichte, 2020-04-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar\\_gerichte OG\\_O3V-19-13](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-19-13)

FR: AR\_GERICHTE OG O3V-19-13 du 30 avril 2020

IT: AR\_GERICHTE OG O3V-19-13 del 30 aprile 2020

## Regeste

Obergericht Appenzell Ausserrhoden 3. Abteilung Zirkular-Urteil vom 30. April 2020  
Mitwirkende Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichterin D. Sieber Oberrichter H.P. Fischer, Dr. F. Windisch, M. Schneider Obergerichtsschreiberin A. Mauer

## Erwägungen

### E. 1

Formelles

a. Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Zuständig für die Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Da der Beschwerdeführer in Reute wohnt, ist die örtliche Zuständigkeit in Appenzell Ausserrhoden gegeben.

b. Gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [<https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf>], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist. Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt

c. Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten des Beschwerdeführers als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse mit Bezug auf die Beschwerdeschrift erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).

d. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. Seite 8

### E. 2

## Materielles

### E. 2.1

#### Vorbemerkungen

a. Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch hier, weshalb im konkreten Fall das früher geltende Recht zur Anwendung gelangt (vgl. zum Ganzen anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_842/2018 vom 6. Mai 2019, E. 2, m.w.H.).

b. Gemäss Art. 4 ATSG ist unter dem Begriff „Unfall“, die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper zu verstehen, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Zwischen den Parteien ist dem Grundsatz nach unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 28. Mai 2012 einen Unfall in Sinne dieser Gesetzesbestimmung erlitten hatte, als er als Velofahrer mit einem Auto kollidierte. Die Versicherung B. \_\_\_\_\_ erbrachte zunächst diverse Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis, verfügte jedoch schliesslich rückwirkend per 23. Oktober 2012 eine Leistungseinstellung, wobei sie zugunsten ihres Versicherten auf die Rückforderung der bis zum Verfügungszeitpunkt im Juni 2015 bereits ausgerichteten Leistungen ausdrücklich verzichtete.

c. Insoweit die Versicherung B. \_\_\_\_\_ auf die Einsprache des Beschwerdeführers gegen die leistungseinstellende Verfügung vom 11. Juni 2015 (act. 8.2/146) gemäss Einspracheentscheid vom 30. Januar 2019 (act. 8.2/442) gar nicht eingetreten ist, argumentiert sie, der Beschwerdeführer habe nicht nur die Kontaktaufnahme mit der U. \_\_\_\_\_ von einer allfälligen Bevollmächtigung der Gutachter ausgeschlossen, sondern er habe überhaupt keine Vollmacht zuhanden der Gutachter unterzeichnet (§. 13 des angefochtenen Einspracheentscheids), was eine Weigerung, beim fraglichen Gutachten mitzuwirken, darstelle. Gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG kann der Versicherungsträger bei unentschuldbarer Verweigerung der Auskunft- und Mitwirkungspflichten ihres Versicherten auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen, wenn er die betreffende Person vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen hat, wobei eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen ist. Die Seite 9 Versicherung B. \_\_\_\_\_ hat den Beschwerdeführer via dessen Rechtsanwalt mit Schreiben vom 22. Juni 2018 (act. 8.2/415) nachweislich auf seine Mitwirkungspflichten aufmerksam gemacht, ihm eine nochmalige Frist zur Unterzeichnung der Ermächtigungserklärung angesetzt und ihn darauf hingewiesen, bei unbenutztem Verstreichenlassen der Frist werde sie gestützt auf die Akten entscheiden oder Nichteintreten beschliessen. Der Beschwerdeführer stellte sich aber in der Folge ausdrücklich auf den Standpunkt, eine Ermächtigung zur Einholung von Auskünften „bei involvierten Ärzten und medizinischen Sachverständigen“ gehe zu weit, er müsse nur die behandelnden Ärzte vom Berufsgeheimnis befreien. Er werde deshalb die ihm zugestellte, aus seiner Sicht zu weit gefasste Ermächtigungserklärung (vgl. act. 8.28/413) nicht unterzeichnen. Allerdings unterliess es der Beschwerdeführer bereits, die ihm vorher von der Klinik O. \_\_\_\_\_ vorgelegte Ermächtigungserklärung (act. 8.2/396) zu unterzeichnen,

obwohl diese sich ausdrücklich auf die „behandelnden Ärzte“ beschränkte und daher, wie der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gegenüber der Versicherung B. \_\_\_\_\_ selbst erklärte (vgl. Schreiben vom 22. Februar 2018, act. 8.2/410), eigentlich gar keine ausdrückliche Ermächtigung enthalten hätte, frühere Gutachter von ihrer Schweigepflicht zu befreien. Offenbar hatte aber der Gutachter Dr. Q. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer informiert, er benötige Auskünfte von den früheren Gutachtern, welche er gestützt auf diese Ermächtigungserklärung einzuholen gedenke, was erklärt, weshalb der Beschwerdeführer auch diese Erklärung nicht unterzeichnete. Es fragt sich, ob dem Beschwerdeführer unter den gegebenen Umständen anzuraten gewesen wäre, einfach eine Vollmachtserklärung, versehen mit dem ihm wichtigen Vorbehalt, abzugeben - dies, weil er ja gar nicht bestreitet, dass er zu einer jedenfalls die behandelnden Ärzte betreffenden Vollmachtserteilung durchaus verpflichtet gewesen wäre. Rein formell betrachtet hat der Beschwerdeführer mit seiner vollständigen Weigerung, jegliche Ermächtigungserklärung zu unterzeichnen, seine Mitwirkungspflichten verletzt, wobei allerdings noch näher zu prüfen wäre, inwieweit sich der Beschwerdeführer diese Mitwirkungspflichtsverletzung unter den gegebenen Umständen nach Treu und Glauben tatsächlich entgegenhalten lassen müsste: Immerhin war auch für die Versicherung B. \_\_\_\_\_ klar erkennbar, dass der Beschwerdeführer sich einzig daran störte, dass auch Dr. R. \_\_\_\_\_ bzw. die früheren Gutachter umfassend vom Berufsgeheimnis befreit werden sollten. Es wäre daher naheliegend gewesen, dass die Versicherung B. \_\_\_\_\_ diesen Umstand von sich aus so berücksichtigt hätte und stattdessen in der dem Beschwerdeführer zur Unterzeichnung zugestellten Ermächtigungserklärung (vgl. dazu act. 8.2/413) konkret angegeben hätte, welche genau definierten Unterlagen zusätzlich von den U. \_\_\_\_\_-Gutachtern nötig sind (nämlich wohl in erster Linie die radiologischen Unterlagen im Zusammenhang mit dem Untersuch vom 6. Mai 2015, siehe dazu E. 2.4c nachfolgend); unter den gegebenen Umständen darf angenommen werden, dass eine so präzierte Ermächtigungserklärung wohl vom Beschwerdeführer unterzeichnet worden wäre. Seite 10

d. Nachdem die Versicherung B. \_\_\_\_\_ allerdings, wie sich aus der Begründung im angefochtenen Einspracheentscheid ergibt, die Einsprache des Beschwerdeführers ohnehin in erster Linie aus konkreten, im Einspracheentscheid ausführlich dargelegten materiellen Überlegungen abgewiesen hat, hat auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren eine diesbezüglich umfassende Prüfung zu erfolgen. Somit erübrigt es sich, abschliessend dazu Stellung zu nehmen, inwieweit die Weigerung des Beschwerdeführers, die aus seiner Sicht zu weit gefasste Ermächtigungserklärung zu unterzeichnen, zu einem (reinen) Nichteintretensentscheid berechtigt hätte oder nicht, nachdem die Vorinstanz gar keinen solchen erlassen, sondern die Einsprache hauptsächlich aus materiellen Gründen abgewiesen hat.

## **E. 2.2**

In materieller Hinsicht ist zwischen den Parteien die Frage umstritten, ob die nach dem 23. Oktober 2012 vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden weiterhin auf das Unfallereignis vom 28. Mai 2012 zurückzuführen sind oder nicht.

a. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) voraus. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht

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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (vgl. anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2019 vom 19. September 2019, E. 3, m.w.H.). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, so dass in solchen Fällen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_786/2019 vom 20. Februar 2020, E. 3.1, namentlich mit Hinweis auf BGE 129 V 177). Seite 11

b. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine (oder allenfalls des Status quo ante) der Unfallversicherer. Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift aber erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_623/2019 vom 21. Januar 2020, E. 2.1.2, m.w.H.). Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteile des Bundesgerichts 8C\_488/2017 vom 27. November 2017, E. 3.1; 8C\_777/2015 vom 22. März 2016, E. 2.2 und 8C\_476/2011 vom 5. Dezember 2011, E. 6.3; je m.w.H.).

### **E. 2.3**

Zum Gutachten U. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2015

Während der Beschwerdeführer insbesondere gestützt auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 23. Juni 2015 der U. \_\_\_\_\_, welches zu Händen der Versicherung M. \_\_\_\_\_, abgegeben wurde, davon ausgeht, ein Kausalzusammenhang seiner geklagten Beschwerden zum Unfallereignis vom 28. Mai 2012 und damit auch eine weiterhin bestehende Leistungspflicht der Versicherung B. \_\_\_\_\_ sei klar nachgewiesen, vertritt die Versicherung B. \_\_\_\_\_ die Ansicht, diesem Gutachten komme gar kein Beweiswert zu.

a. Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Versicherung B. \_\_\_\_\_ habe vor dem Erlass des Einspracheentscheids gar nie Stellung genommen zum aus seiner Sicht beweiskräftigen Gutachten U. \_\_\_\_\_, was eine Rechtsverweigerung darstelle und damit unabhängig von einer inhaltlichen Prüfung schon aus formellen Gründen zur Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids führe, unberechtigt erscheint. Sinn und Zweck des Einspracheverfahrens ist es, der verfügenden Stelle die Möglichkeit zu geben, die angefochtene Verfügung nochmals zu überprüfen und

über die be- strittenen Punkte zu entscheiden, bevor allenfalls die Beschwerdeinstanz angerufen wird. Der Versicherungsträger nimmt in diesem Rahmen soweit nötig weitere Abklärungen vor und überprüft die eigenen Anordnungen aufgrund des vervollständigten Sachverhalts. Das Verwaltungsverfahren wird erst durch den Einspracheentscheid abgeschlossen, welcher die ursprüngliche Verfügung ersetzt (vgl. zum Ganzen auch: Urteil des Bundesgerichts Seite 12 8C\_121/2009 vom 26. Juni 2009, E. 3.5, m.w.H.). Die Versicherung B. \_\_\_\_\_ hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid ausführlich mit dem Gutachten U. \_\_\_\_\_ befasst. Somit ist nicht ersichtlich, inwiefern in diesem Zusammenhang eine Rechtsverweigerung vorliegen soll.

b. Bei der Beurteilung der für die Haftung eines Unfallversicherers entscheidenden Frage, ob ein Gesundheitsschaden als kausal zu einem Unfallereignis zu beurteilen ist oder nicht, stützt sich der Unfallversicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht regelmässig auf medizinische Unterlagen und Berichte von ärztlichen Fachleuten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist gemäss ständiger Rechtsprechung entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_601/2019 vom 7. Januar 2020, E. 3.1, m.w.H.).

c. Das Gutachten U. \_\_\_\_\_ wurde vom privaten Unfallversicherer des Beschwerdeführers in Auftrag gegeben, um die Frage zu klären, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden weiterhin kausal auf das Unfallereignis vom 28. Mai 2012 zurückzuführen sind oder nicht. Dr. R. \_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, gab sein neurologisch-psychiatrisches Gutachten am 23. Juni 2015 ab (act. 8.2/198), das neurologische Zusatzgutachten von Dr. V. \_\_\_\_\_ datiert vom 10. Juni 2015 (act. 8.2/171). Ihre Schlussfolgerungen stützen sich je auf persönliche Untersuchungen des Beschwerdeführers während seines dreitägigen stationären Aufenthalts im Rehabilitationszentrum U. \_\_\_\_\_ sowie auf die den Gutachtern von der Versicherung M. \_\_\_\_\_ zur Verfügung gestellten Unterlagen, welche auf S. 4 bis 13 des Gutachtens U. \_\_\_\_\_ erwähnt sind.

Die Vorinstanz weist zu Recht darauf hin, dass diese Unterlagen offensichtlich nicht vollständig waren: • So wurde der Unfallhergang im Gutachten offenbar gestützt auf eine „Unfall-Schaden- Anzeige“ vom 3. Juli 2012 beschrieben (diese ging vermutlich an die Versicherung M. \_\_\_\_\_ und ist, soweit ersichtlich, in den vorinstanzlichen Unterlagen nicht enthalten); anamnestische Angaben konnten nicht erhoben werden, da der Beschwerdeführer be- richtete, persönlich an den Unfall keine Erinnerungen zu haben (act. 8.2/185). Im Gut- achten wird in sachverhaltsmässiger Hinsicht von einem Verkehrsunfall ausgegangen, bei welchem der Beschwerdeführer „von einem Pkw erfasst und schwer verletzt“ (act. 8.2/195) worden sei; an anderer Stelle heisst es, er sei „frontal mit einem Pkw, der etwa 50 km/h fuhr“ zusammengeprallt (act. 8.2/194; ferner auch act. 8.2/189 oben). Diese Schilderung des Unfallhergangs ist nicht nur ungenau, sondern zumindest in Teilen klar Seite 13 unzutreffend. Gemäss Angaben im Polizeirapport (vgl. act. 2/6), welcher den Unfallher- gang wohl am detailliertesten und zeitnahsten beschreibt, befuhr der in die Kollision ver- wickelte Autolenker nämlich lediglich „im Schrittempo“ das Trottoir, während der Be- schwerdeführer dort gleichzeitig in hohem Tempo auf seinem Fahrrad unterwegs war. Die Kollision erfolgte gemäss Angaben im Polizeibericht zudem auch nicht frontal, son- dern seitlich. Zu Recht weist die Versicherung B. \_\_\_\_\_ darauf hin, dass es

für die medizinische Beurteilung - und damit insbesondere auch für die hier interessierende Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen Beschwerden und Unfallereignis - durchaus von grosser Bedeutung sein kann, wie sich der Unfall genau abgespielt hat. In diesem Zusammenhang erscheinen die Angaben im Polizeirapport aber zum Vornherein genauer und verlässlicher als jene auf einer nachträglich ausgefüllten Schadenanzeige. • Den Gutachtern lagen in erster Linie Berichte der behandelnden Hausärzte an die Versicherung M. \_\_\_\_\_ vor, nicht aber die in den vorinstanzlichen Akten enthaltenen weiteren Facharztberichte. Für eine umfassende medizinische Beurteilung erscheinen allerdings gerade auch letztere Unterlagen durchaus bedeutungsvoll. Die Vorinstanz erwähnt in diesem Zusammenhang namentlich den Bericht der E. \_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2013 (act. 8.2/30), den Bericht vom 2. August 2013 über die tagesklinische Demenzabklärung im Kantonsspital D. \_\_\_\_\_ (act. 8.2/39), den Bericht der Radiologie I. \_\_\_\_\_ über die cranio-zerebrale Kernspintomographie vom 24. Juni 2014 (act. 8.2/57) und den psychologischen Bericht der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2014 (act. 8.2/64). • Im Gutachten U. \_\_\_\_\_ ist auf S. 24 (act. 8.2/175) festgehalten: „Zweifellos erlitt A. \_\_\_\_\_ bei dem Unfall eine substantielle Hirnschädigung im Sinne einer diffusen axonalen Schädigung, die durch die kernspintomographische Untersuchung objektiviert werden kann. Das nicht pathologische cranielle Computertomogramm vom Unfalltag spricht dem nicht entgegen, da es zu keiner grösseren Hirnblutung oder Hirnquetschung gekommen ist. Diffuse axonale Hirnschädigungen können erst durch kernspintomographische Untersuchungen im posttraumatischen Verlauf nachgewiesen werden.“ Diese Beurteilung scheint allerdings im bereits erwähnten (den Gutachtern allerdings nicht bekannten) Bericht der Radiologie I. \_\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2012 (act. 8.2/284) gerade nicht bestätigt zu werden, nachdem dort rund fünf Monate nach dem Unfallereignis beim Schädel-MR nebst Nebenbefunden ohne Krankheitswert als Befund einzig angegeben wurde: „Kernspintomographisch kein AP für posttraumatische intra- kraniale Blutungsresiduen oder posttraumatische kortikale Kontusionszonen“ und somit offenbar kein Anlass bestand, von einer diffusen axonalen Hirnschädigung auszugehen. Im weiteren Verlaufsbericht der Radiologie I. \_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2014 (act. 8.2/57; dieser lag den Gutachtern ebenfalls nicht vor) sind schliesslich „unveränderte Befundverhältnisse“ bzw. „weiterhin normales cranio-zerebrales Kernspintomogramm insbesondere ohne kernspintomographisch fassbare posttraumatische Veränderungen“ Seite 14 festgehalten. Schon in dem mehrere Jahre vor dem Unfallereignis erstellten cranio- cerebralen Kernspintomogramm vom 30. April 2004 (act. 8.2/262) - das den Gutachtern aber genauso wenig bekannt war wie die bereits aufgeführten späteren Radiologie- berichte - wurde auf ein „kleines venöses Angiom im Mitteldrittel der linken Cella media vom Ventrikelsystem bis zum Cortex ziehend“ hingewiesen. Ob die Gutachter auch in Kenntnis all dieser für eine abschliessende medizinische Beurteilung durchaus wesentlich erscheinenden Unterlagen an ihrer eigenen Schlussfolgerung im Gutachten festgehalten hätten oder nicht, kann ohne deren konkrete Stellungnahme dazu letztlich nicht beurteilt werden, genauso wenig, wie bekannt ist, ob sie, wenn dies so wäre, dafür eine überzeugende und schlüssige Begründung angeben könnten, die die Anforderungen an den Beweiswert ihrer Einschätzung erfüllen würde. Der Vertrauensarzt der Vorinstanz, Dr. W. \_\_\_\_\_, hat gemäss seiner Einschätzung vom 12. Dezember 2018 jedenfalls klar darauf geschlossen, die bei der Begutachtung U. \_\_\_\_\_ im MRT gesehenen klinisch unbedeutenden Nebenbefunde seien fehlgedeutet worden. Welche dieser diametral auseinandergehenden medizinischen Einschätzungen aber tatsächlich zumindest überwiegend wahrscheinlich erscheint, kann gestützt auf die aktuellen

Unterlagen noch nicht abschliessend beantwortet werden: Eine umfassende, d.h. namentlich in Kenntnis sämtlicher radiologischer Unterlagen erfolgte nachvollziehbare Einschätzung fehlt nämlich bisher, da, wie nachfolgend noch aufgezeigt wird (E. 2.4), wohl auch Dr. W. \_\_\_\_\_ nicht sämtliche nötigen Unterlagen für eine solche umfassende beweiswertige Beurteilung vorlagen. • Dem Gutachten U. \_\_\_\_\_ fehlt es insgesamt an nachvollziehbaren Begründungen für die darin gezogenen Schlussfolgerungen. Sowohl die Aussage auf S. 26 des Gutachtens (act. 8.2/173), wonach das „Heilverfahren [...] seit 20.08.2013 abgeschlossen“ sei, als auch die sehr offen formulierte abschliessende Schlussfolgerung im neurologischen Zusatzgutachten, wonach insgesamt „mittlere unfallbedingte neuropsychologische Funktionseinschränkungen festzustellen“ seien (act. 8.2/162), bleiben schwierig einzuordnen. Letztlich kann der gutachterliche Schluss von Dr. R. \_\_\_\_\_, „der Grad der Beeinträchtigungen beträgt 25%“ (act. 8.2/174 unten) mangels schlüssiger Herleitung dieser Einschätzung nicht nachvollzogen werden (wobei zusätzlich zu klären wäre, ob mit „Beeinträchtigung“ eine Arbeitsunfähigkeit im Sinn des schweizerischen Sozialversicherungsrechts gemeint ist; einen Invaliditätsgrad, wie er im Schweizerischen Recht definiert wird, könnte jedenfalls zum Vornherein nicht der Arzt festlegen, wie die Vorinstanz zu Recht vorbringt; der Neurologe des Kantonsspital D. \_\_\_\_\_ geht im Bericht 2. März 2017 [act. 8.2/303] ausdrücklich davon aus, aus rein neurologischer Sicht bestünde auf körperlicher Ebene gerade keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weshalb für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor allem eine neuropsychologische Einschätzung relevant sei). Seite 15

d. Bei einer Gesamtwürdigung gelangt das Obergericht mit der Vorinstanz zum Schluss, dass das Gutachten U. \_\_\_\_\_ die Anforderungen an die Beweistauglichkeit im konkreten Fall nicht zu erfüllen vermag. Weder waren den Gutachtern die vollständigen Akten bekannt, noch haben sie ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Da ihre Einschätzungen nicht ohne weiteres einleuchten, kann für die Beurteilung der hier interessierenden Frage, ob (bzw. allenfalls bis zu welchem Zeitpunkt) die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden kausal zum Unfallereignis vom 28. Mai 2012 sind oder nicht, nicht auf das Gutachten abgestellt werden.

## **E. 2.4**

Zu den Stellungnahmen der Vertrauensärzte der Vorinstanz

Während die Vorinstanz gestützt auf die Stellungnahmen ihrer Vertrauensärzte Dr. L. \_\_\_\_\_ (act. 8.2/117) und Dr. W. \_\_\_\_\_ (act. 8.2/427) davon ausgeht, weitere medizinische Abklärungen würden sich inzwischen erübrigen, da deren Beurteilungen basierend auf den vollständigen Akten abgegeben worden, einleuchtend, widerspruchsfrei und damit voll beweiswertig seien, stellt der Beschwerdeführer Antrag auf Einholung eines neutralen Gutachtens zum medizinischen Sachverhalt.

a. Die Vorinstanz macht geltend, die interessierende Frage nach dem Kausalzusammenhang könne gestützt auf die in den vorinstanzlichen Akten vorhandenen MRT-Bilder bereits abschliessend beurteilt werden, es sei keine neue Untersuchung des Beschwerdeführers nötig. Im konkreten Fall stelle sich letztlich einzig die Frage, ob die Glioseherdchen von den Kantonsspital D. \_\_\_\_\_-Ärzten, den involvierten Radiologen und den Dres. L. \_\_\_\_\_ und W. \_\_\_\_\_ zu Recht konstant als Nebenbefunde ohne krankheitswert beurteilt worden seien oder ob diesen der Charakter einer diffusen axonalen Störung zukomme, wie im Gutachten U. \_\_\_\_\_ behauptet werde. Da gar kein gesicherter neurologischer Befund vorlie-

ge, könne zum Vornherein keine neuropsychologische Diagnose gestellt werden.

b. Ob diese Argumentation zutrifft oder nicht, ist keine juristische, sondern primär eine medizinische Frage. Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es daher - gerade auch im vorliegenden Fall - verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Berichten und Gutachten von versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Auch wenn den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen grundsätzlich Beweiswert zuerkannt wird, so ist doch zu betonen, dass Seite 16 ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zuzubilligen ist. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Anspruch auf ein unabhängiges Gutachten besteht damit rechtsprechungsgemäss, wenn die verwaltungsinternen Abklärungsergebnisse in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind (vgl. dazu anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_824/2018 vom 26. März 2019, E. 3.3, m.w.H.).

c. Die Versicherung B. \_\_\_\_\_ geht gestützt auf die Beurteilung ihrer Vertrauensärzte davon aus, der Sachverhalt sei bereits genügend abgeklärt und weitere Abklärungen, namentlich die Einholung eines unabhängigen Gutachtens, würden sich daher erübrigen. Die Beurteilung des zunächst von der Vorinstanz angefragten Vertrauensarztes Dr. L. \_\_\_\_\_ (act. 8.2/117) wurde allerdings bereits im März 2015 abgegeben, also noch bevor der Beschwerdeführer im Mai 2015 im U. \_\_\_\_\_ begutachtet worden ist; diese Beurteilung ist daher zum Vornherein insoweit als unvollständig zu betrachten, als sie noch gar nicht zum Gutachten U. \_\_\_\_\_ Stellung nehmen kann. Der später von der Vorinstanz beigezogene Vertrauensarzt Dr. W. \_\_\_\_\_ gab seine Beurteilung im Dezember 2018 ab (act. 8.2/427). Ihm war das Gutachten U. \_\_\_\_\_ zwar bekannt, ob ihm aber auch sämtliche für eine umfassende Gesamtbeurteilung relevant erscheinenden MRT-Unterlagen vorlagen, ist fraglich. Folgende bildgebenden Unterlagen erscheinen jedenfalls klar unerlässlich für eine abschliessende medizinische Beurteilung: • Radiologiebericht / Bildmaterial vom 30. Juni 2004 (act. 8.2/262 und 263): Diese Unterlagen werden von Dr. W. \_\_\_\_\_ erwähnt, offenbar hat er die Bilder aber nicht persönlich eingesehen (oder dies jedenfalls nicht so angemerkt). Für eine umfassende medizinische Beurteilung scheint es unabdingbar, auch die Bildunterlagen einzusehen. • Radiologiebericht / Bildmaterial vom 29. Oktober 2012 (act. 8.2/281-284): Diesbezüglich hat Dr. W. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme ausdrücklich angemerkt „Bilder wurden persönlich eingesehen“ (act. 8.2/427). Da diese Bemerkung nur hier von ihm abgegeben wurde, ist es naheliegend, zu vermuten, dass er sämtliche übrigen bildgebenden Unterlagen gerade nicht persönlich eingesehen hat. Dies erweckt unter den gegebenen Umständen gewisse Zweifel an der Verlässlichkeit seiner Beurteilung. • Radiologiebericht / Bildmaterial vom 24. Juni 2014 (act. 8.2/57): In den vorinstanzlichen Akten konnte nur der Bericht gefunden werden; Dr. W. \_\_\_\_\_ hat in seinem Bericht nicht vermerkt, er habe das dazugehörige Bildmaterial persönlich Seite 17 gesichtet. Auch hier wäre vor einer abschliessenden medizinischen Beurteilung grundsätzlich zu erwarten, dass nicht nur Berichte, sondern auch das

Bildmaterial persönlich gesichtet wird. • Radiologiebericht / Bildmaterial vom 6. Mai 2015: Ein Bericht zu der im Gutachten U. \_\_\_\_\_ erwähnten (act. 8.2/195 oben) kernspintomographischen gutachterlichen Untersuchung ist in den vorinstanzlichen Akten, zumindest soweit ersichtlich, gar nicht enthalten (siehe auch angefochtener Einspracheentscheid, act. 8.2/434: „Dieser Bericht wurde bis dato nicht eingereicht“). Dr. W. \_\_\_\_\_ zitierte in seiner Stellungnahme zwar das Gutachten U. \_\_\_\_\_, die radiologischen Unterlagen selber standen ihm aber offensichtlich nicht zur Verfügung. Der Beschwerdeführer hatte der Vorinstanz auf deren Nachfrage hin (act. 8.2/207) allerdings bereits am 25. Januar 2016 eine CD-ROM in diesem Zusammenhang zukommen lassen (vgl. act. 8.2/208 sowie act. 8.2/274 oben), welche Bilder der kernspintomographischen Untersuchung vom 6. Mai 2015 im U. \_\_\_\_\_ Klinikum XY zu enthalten scheint. Handschriftlich ist auf dem Begleitbrief des Rechtsvertreters von einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters der Versicherung B. \_\_\_\_\_ vermerkt worden, diese CD gehe nicht (act. 8.2/208). Bereits auf act. 8.2/124 ist zudem die wohl das in Frage stehende Bildmaterial enthaltende CD abgebildet; ob auch eine physische Kopie der CD für die vorinstanzlichen Akten gemacht wurde und ob diese lesbar war, bleibt unklar, ebenso, ob nebst dem Bildmaterial auch der dazugehörige Bericht auf der CD abgespeichert ist. Aus den Beilagen zur Beschwerde ist der Bericht schliesslich ersichtlich (act. 2/4). Für eine umfassende medizinische Beurteilung scheint es aber auch hier unabdingbar, dass sowohl der Bericht als auch die dazugehörigen bildgebenden Unterlagen vorliegen, bevor ein medizinischer Sachverständiger sich abschliessend dazu äussert. Diese Auffassung scheinen auch die O. \_\_\_\_\_-Gutachter zu teilen: Aus Sicht des Gerichts ist es nämlich naheliegend, dass auch die O. \_\_\_\_\_-Gutachter wohl insbesondere diesen Bericht samt Bildmaterial zusätzlich bei Dr. R. \_\_\_\_\_ anfordern wollten; auf S. 21 des Gutachtens U. \_\_\_\_\_ ist zwar immerhin ein kurzer Ausschnitt aus dem Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ zitiert worden [act. 8.2/178], dies ersetzt aber nicht den Originalbericht. Da Dr. Q. \_\_\_\_\_ in act. 8.2/392 ausdrücklich auf die ihm „aktuell nicht vorliegende Bildgebung“ im Zusammenhang mit dem Gutachten U. \_\_\_\_\_ hinwies, verfügte er offenbar gerade nicht über die in act. 8.2/124 abgebildete CD mit den MRT-Bildern. Für eine abschliessende medizinische Beurteilung erscheint aber eine Mitberücksichtigung sämtlicher bildgebenden Unterlagen samt dazugehörigen Berichten zwingend nötig. Da diese Unterlagen den O. \_\_\_\_\_-Gutachtern nicht oder nur unvollständig vorlagen, ist daher nachvollziehbar, dass sie das Gutachten ohne entsprechende Rückfrage bei den Vorgutachtern nicht abgeben wollten. Seite 18 Aus dem gleichen Grund erfüllt aber auch die vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. W. \_\_\_\_\_ die Anforderungen an die Beweistauglichkeit nicht, da er genauso wenig über sämtliche, für eine abschliessende Beurteilung nötigen Unterlagen verfügte. Der auf S. 19 der Vernehmlassung (act. 7) angebrachte Vermerk der Vorinstanz, Dr. W. \_\_\_\_\_ habe sich der Beurteilung, wonach keine unfallkausalen Befunde erhoben wurden, „nach Sichtung aller Bilder“ angeschlossen, trifft also wohl tatsächlich gar nicht zu. Im Übrigen wird vom Beschwerdeführer zu Recht die Frage aufgeworfen, ob der Vertrauensarzt, der Orthopäde und Traumatologe ist, überhaupt als kompetente Fachperson für die Beurteilung dieser Bilder angesehen werden könnte; tatsächlich drängt es sich auch aus Sicht des Gerichts im konkreten Fall geradezu auf, dass eine abschliessende Gesamtbeurteilung der erhobenen radiologischen Befunde durch eine dafür speziell ausgebildete und damit medizinisch klar kompetente Fachperson erfolgt.

d. Zusammengefasst bestehen somit konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzungen der Vertrauensärzte der Versicherung B. \_\_\_\_\_ sprechen. Angesichts der

dargelegten strengen Rechtsprechung zur Beweiswertigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen sind unter diesen Umständen zwingend ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2019 vom 26. Februar 2020, E. 2.2, m.w.H.). Für die abschliessende medizinische Beurteilung ist es im konkreten Fall nötig, ein unabhängiges Gutachten einzuholen, was im Übrigen die Vorinstanz gemäss E-Mail vom 28. September 2016 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers jedenfalls damals ebenfalls für das angezeigte Vorgehen hielt (act. 8.2/227).

## **E. 2.5**

Zusätzlich nötige Abklärungen mit Bezug auf somatische Beschwerden

Der Beschwerdeführer macht ausserdem geltend, die Versicherung B. \_\_\_\_\_ stelle sämtliche somatischen Befunde zu Unrecht einfach in Abrede, obwohl er nachweislich multiple Verletzungen erlitten habe. Namentlich seine seit dem Unfall bestehenden Schulter- und Hörprobleme seien gar nie näher abgeklärt worden.

a. Noch während der bei der Vorinstanz laufenden Abklärungen im Rahmen des Verwaltungs- verfahrens vor dem Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids liess der Beschwer- deführer der Vorinstanz am 19. Dezember 2017 mitteilen, er sei vom Hausarzt einerseits an Hals- Nasen- und Ohrenarzt Dr. X. \_\_\_\_\_, sowie andererseits an Dr. Y. \_\_\_\_\_ von der Radiologie I. \_\_\_\_\_ überwiesen worden. Gemäss Bericht der Radiologie I. \_\_\_\_\_ vom 2. Oktober 2017 (act. 8.2/381) wurde ein MRT des rechten Schultergelenks erstellt. Dr. X. \_\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 24. November 2017 (act. 8.2/390); mit der Seite 19 Replik hat der Beschwerdeführer nun im vorliegenden Verfahren einen weiteren Bericht des Ohrenarztes vom 11. März 2019 eingereicht (act. 15/12). Bereits im Schreiben vom 14. Mai 2014 (act. 8.2/54) wies der Beschwerdeführer die Versicherung B. \_\_\_\_\_ zudem ausdrücklich auf Probleme mit dem Kiefergelenk hin.

b. Bezüglich Schulterbeschwerden enthält der Radiologiebericht (act. 8.2/381) keine konkre- ten Aussagen zu einem allfälligen Kausalzusammenhang zwischen festgestellten Befunden und Unfallereignis vom 28. Mai 2012. Eine konkrete medizinische Stellungnahme zu dieser Frage erscheint aber unerlässlich, da unter den gegebenen Umständen jedenfalls nicht oh- ne weiteres ausgeschlossen werden kann, dass vom Beschwerdeführer geklagte Schulter- beschwerden allenfalls in einem Zusammenhang zum Unfallereignis stehen könnten: Be- reits im Polizeibericht (act. 2/6) wurde auf Prellungen an Brust, Schulter und Knie hingewie- sen. Dass dabei die Rede von der linken Körperhälfte war, ist ein offensichtliches Versehen des protokollierenden Polizisten und ändert nichts an der grundsätzlichen Beweiswertigkeit des Polizeirapports, nachdem die Photoaufnahmen (act. 2/3) belegen, dass bei richtiger Betrachtung offensichtlich die rechte Körperhälfte vom Sturz betroffen war. Gemäss Bericht vom 9. April 2019 (act. 15/14) wurde der Beschwerdeführer nach dem Velounfall regelmäs- sig in der Osteopathiepraxis Z. \_\_\_\_\_ betreut, zudem wurden ihm im Zusammenhang mit den Unfallfolgen auch mehrfach Physiotherapien zur Verbesserung der Gelenks- und Mus- kelfunktionen verordnet (act. 8.2/45, 41-43). Dass beim Beschwerdeführer angeblich über- haupt kein Leidensdruck für die Behandlung somatischer Beschwerden bestanden haben soll, wie die Versicherung B. \_\_\_\_\_ in der Duplik vorbringt, kann somit nicht ohne weiteres nachvollzogen werden. Der vom Beschwerdeführer verlangte Beizug des Berichts der zentralen Notaufnahme macht in diesem Zusammenhang wohl Sinn, zumal sich der in den vorinstanzlichen Unterlagen vorhandene Bericht der Neurochirurgie (act. 8.2/4) zu somati-

schen Beschwerden gerade nicht äussert und der Bericht der zentralen Notaufnahme diesbezüglich weiter gefasst sein dürfte. Es ist daher angezeigt, die medizinischen Akten mit diesem Bericht sowie, soweit sich dies aufgrund des Zeitablaufs noch als möglich erweist, mit einem Bericht des behandelnden Physiotherapeuten zu komplettieren.

c. Dr. X. \_\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer am 24. November 2017 bezüglich Hörproblemen untersuchte, hielt in seinem Bericht (act. 8.2/390) ohne Angabe einer konkreten Wahrscheinlichkeitseinschätzung fest, es sei möglich, dass beim Unfallereignis eine contusio labyrinthi einen Schwindel ausgelöst habe und allenfalls würden auch die aktuellen Schwindelereignisse damit in Zusammenhang stehen. Da jedoch das Reintonaudiogramm und das Sprachaudiogramm eine deutliche Diskrepanz gezeigt hätten, sollten diese Befunde nochmals überprüft werden. In dem im Rahmen der Replik zusätzlich eingereichten Bericht von Dr. X. \_\_\_\_\_ vom 11. März 2019 (act. 15/12) empfiehlt der Seite 20 Ohrenarzt ausdrücklich eine gutachterliche Abklärung, um die Kausalität der von ihm diagnostizierten Hörminderung - diese besteht offenbar links, und nicht auf der sonst von somatischen Beschwerden betroffenen rechten Körperseite - abschliessend zu klären. Angesichts dieser unmissverständlichen Äusserung des behandelnden Facharztes kann auch hier nicht ohne weiteres auf vertiefte Abklärungen verzichtet und eine Unfallfolge zum Vornherein ausgeschlossen werden.

d. Bereits im Schreiben vom 14. Mai 2014 (act. 8.2/54) berichtete der Beschwerdeführer der Versicherung B. \_\_\_\_\_ nicht nur von Augen- und Sehproblemen, sondern wies schon damals darauf hin, dass auch das rechte Kiefergelenk betroffen gewesen sei. Dr. S. \_\_\_\_\_ und Dr. T. \_\_\_\_\_ hätten ihm aber aktuell dazu geraten, den status quo besser so zu belassen, als mit einer korrigierenden Operation möglicherweise noch zu verschlimmern. Diese Sachverhaltsdarstellung erscheint grundsätzlich nachvollziehbar. Der von Dr. S. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 9. Juli 2019 (act. 15/13) geäusserte Verdacht einer Schädel-Basis-Fraktur kann zwar gestützt auf die übrigen medizinischen Unterlagen nicht ohne weiteres nachvollzogen werden (im CT vom 28. Mai 2012 wurde jedenfalls keine frische ossäre Läsion nachgewiesen, vgl. act. 8.2/4), insgesamt erscheint es aber dennoch nicht zum Vornherein ausgeschlossen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Kieferprobleme kausal zum Unfallereignis vom 28. Mai 2012 sein könnten. Auch hier drängen sich weitere Abklärungen auf, bevor über diese Frage abschliessend entschieden werden kann.

## **E. 2.6**

### **Fazit**

Zusammengefasst erweist sich im konkreten Fall der medizinische Sachverhalt als noch nicht ausreichend abgeklärt. Nach einer Komplettierung der medizinischen Unterlagen durch weitere nötige Abklärungen zum medizinischen Sachverhalt wird ein unabhängiges Gutachten zur Frage der Unfallkausalität der vom Beschwerdeführer auch nach dem 23. Oktober 2012 (Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Versicherung B. \_\_\_\_\_ gemäss Verfügung vom 11. Juni 2015, act. 8.2/146, wobei die Versicherung B. \_\_\_\_\_ ausdrücklich auf eine Rückforderung der darüber hinaus bereits erbrachten Leistungen verzichtet hat) geklagten Beschwerden einzuholen sein.

a. Art. 43 Abs. 1 ATSG schreibt dem Versicherungsträger gesetzlich vor, die an ihn gerichteten Begehren zu prüfen, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Das bedeutet konkret, dass der

Versicherungsträger die Pflicht hat, den Sachverhalt bis zur zweifelsfreien Eruierung abzuklären. Seite 21 Gemäss Rechtsprechung kommt ihm dabei zwar durchaus ein Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Das heisst allerdings nicht, dass ein Versicherungsträger die von ihm zu erfüllende Untersuchungspflicht einfach durch Nichttätigkeit dem Gericht, das den Fall später beurteilt, zuschieben kann. Die Versicherung B. \_\_\_\_\_ hat ihre eigene gesetzlich vorgesehene Abklärungspflicht im konkreten Fall keineswegs erfüllt, indem sie sich lediglich auf die Stellungnahmen ihrer Vertrauensärzte abstützt, die, wie dargelegt wurde, die Anforderungen an die Beweistauglichkeit nicht zu erfüllen vermögen. Die Einholung eines Gerichtsgutachtens erscheint unter diesen Umständen nicht angezeigt. Da die Sachverhaltsabklärungen im Verwaltungsverfahren offensichtlich unvollständig geblieben sind, wird die Sache zur Wahrung des Instanzenzugs an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese zunächst den medizinischen Sachverhalt abschliessend klärt, bevor sie gestützt auf die so vervollständigten Unterlagen zur abschliessenden Beurteilung ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Beschwerdeführer ein interdisziplinäres Gutachten einholt (wie dies gemäss act. 8.2/227 auch ursprünglich von der Versicherung B. \_\_\_\_\_ beabsichtigt wurde).

b. Angesichts der inzwischen bereits jahrelang dauernden Auseinandersetzung zwischen dem Beschwerdeführer und der Versicherung B. \_\_\_\_\_ wird die Vorinstanz darauf hingewiesen, dass erwartet wird, dass sie ihren Pflichten möglichst beförderlich nachkommt. Sie wird zunächst innert nützlicher Frist sicherzustellen haben, dass die medizinischen Unterlagen soweit nötig komplettiert werden (zu den wesentlichen Unterlagen gehören, wie sich aus vorstehenden Erwägungen ergibt, etwa der Polizeirapport zur Eruierung des genauen Unfallhergangs, der Bericht der zentralen Notaufnahme des Kantonsspital D. \_\_\_\_\_, ergänzende Physiotherapieberichte sowie insbesondere auch sämtliche unter E. 2.4c angeführten Radiologieberichte samt Bildmaterial). Anschliessend wird die Vorinstanz ein umfassendes interdisziplinäres Gutachten, das nicht nur die Bereiche Neurologie und Psychiatrie, sondern auch die somatischen Beschwerden (vgl. E. 2.5 vorstehend) berücksichtigt, einzuholen haben.

c. Gestützt auf die so ergänzten Untersuchungen und Schlussfolgerungen der medizinischen Fachexperten wird die Vorinstanz schliesslich in einem neuen Einspracheentscheid erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu befinden haben. Die Vorinstanz wird vorsorglich darauf hingewiesen, dass ihr Entscheid gestützt auf Art. 49 Abs. 4 ATSG dem Krankenversicherer des Beschwerdeführers ebenfalls zu eröffnen sein wird, damit auch diesem die Möglichkeit eingeräumt wird, gegebenenfalls ein Rechtsmittel dagegen zu ergreifen. Aufgrund des vorliegenden Verfahrensausgangs hat sich eine Beiladung der Krankenkasse zum gerichtlichen Beschwerdeverfahren erübrigt.

Seite 22

### **E. 3**

Die Vorinstanz wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung im Betrag von Fr. 6'160.45 zu bezahlen.

#### **E. 3.1**

Es handelt sich um ein kostenloses Verfahren (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG), weshalb keine Gerichtskosten zu erheben sind.

### **E. 3.2**

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten; diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_11/2016 vom 22. Februar 2016, E. 3.1). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang namentlich Art. 13 Abs. 1 lit. c der kantonalen Verordnung über den Anwaltstarif (AT, bGS 145.53), wonach in Verwaltungssachen vor Obergericht die pauschale Bemessung zur Anwendung gelangt. Für das Honorar ist grundsätzlich ein Rahmen zwischen Fr. 1'000.-- bis Fr. 10'000.-- vorgesehen (Art. 16 Abs. 1 AT).

Beim vorliegenden Verfahrensausgang ist der Beschwerdeführer als obsiegend zu betrachten (vgl. dazu anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_509/2019 vom 8. November 2019, E. 6). Der Beschwerdeführer wurde im vorliegenden Verfahren durch seinen Rechtsanwalt vertreten, so dass ihm für diesen Aufwand wie beantragt eine Entschädigung zuzusprechen ist. Insoweit in der Replik vorgetragen wurde, dem Beschwerdeführer seien die „Akten ab Nr. 312“ mit der Beschwerdeantwort erstmals zur Einsicht zugestellt worden, was bei der Entschädigung zu berücksichtigen sei, ist darauf hinzuweisen, dass aus act. 8.2/424 zu schliessen ist, dass die Versicherung B. \_\_\_\_\_ dem Rechtsvertreter mit Schreiben vom 19. Oktober 2018 die UVG-Akten ab 1. Juni 2018 in Kopie zustellte, nachdem der Rechtsvertreter dies explizit so verlangt hatte (vgl. act. 8.2/423) und somit davon ausgegangen werden kann, dass ihm die vorinstanzlichen Akten bis Ende Mai 2018 sehr wohl bekannt waren. Im Übrigen handelt es sich bei den vorinstanzlichen Akten Nr. 312 ff. (datierend ab Mai 2017) ohnehin in weiten Teilen um eigene Korrespondenz des Rechtsvertreters mit der Versicherung B. \_\_\_\_\_, so dass sich auch aus diesem Grund kein Anlass ergibt, dem Beschwerdeführer eine höhere Entschädigung als in vergleichbaren Fällen üblich zuzusprechen, selbst wenn er, wie er behauptet, erst nachträglich Kenntnis von diesen ins vorinstanzliche Aktendossier integrierten Akten erhalten haben sollte.

Im Vergleich zu anderen Fällen aus dem Bereich der Unfallversicherung sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache für den Beschwerdeführer Seite 23 und dem Umfang der erforderlichen Aufwendungen im vorliegenden Beschwerdeverfahren erscheint ein Honorar von pauschal Fr. 5'500.-- als angemessen. Zuzüglich der praxisgemäss üblichen Barauslagenpauschale von 4% sowie der Mehrwertsteuer von 7.7% ergibt sich somit eine Entschädigung im Gesamtbetrag von Fr. 6'160.45, welche dem Beschwerdeführer zulasten der Vorinstanz zuzusprechen ist.

Seite 24 Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde von A. \_\_\_\_\_ wird gutgeheissen und der angefochtene Einspracheentscheid der Vorinstanz wird aufgehoben. Die Sache wird an die Versicherung B. \_\_\_\_\_ zurückgewiesen, damit diese nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers entscheide.
2. Es werden keine Kosten erhoben.

### **E. 4**

Rechtsmittel:

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

## **E. 5**

Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

lic. iur. Ernst Zingg Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Annika Mauerhofer

versandt am: 4. Mai 2020

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.