

# GR\_GERICHTE S 2018 56 vom 17. September 2019

GR Gerichte, 2019-09-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2018\\_56](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2018_56)

FR: GR\_GERICHTE S 2018 56 du 17 septembre 2019

IT: GR\_GERICHTE S 2018 56 del 17 settembre 2019

## Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 2

Vom 24. bis 26. Juni 2015 war A.\_\_\_\_\_ in der Klinik C.\_\_\_\_\_ in X.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 26. Juni 2015 wurden eine leichte traumatische Hirnverletzung, Kontusionen der Halswirbelsäule (HWS), des oberen Sprunggelenks (OSG) links und der Hüfte links sowie diverse Schürfwunden an der unteren Extremität diagnostiziert. Zur Behandlung der Nackenbeschwerden wurde Physiotherapie verordnet.

### E. 3

Am 1. August 2015 begab sich A.\_\_\_\_\_ aufgrund eines anhaltenden Benommenheitsgefühls, Übelkeit und verminderter Belastbarkeit sowie aus Angst, ein Subduralthämatom entwickelt zu haben, notfallmässig ins Spital O.\_\_\_\_\_. Mit Austrittsbericht vom 5. August 2015 wurde ein postkommotives Syndrom (PCS) mit Belastungsreaktion diagnostiziert.

### E. 4

Am 31. August 2015 endete das befristete Arbeitsverhältnis an der Klinik C.\_\_\_\_\_, ohne dass A.\_\_\_\_\_ nach dem Unfall die Arbeit wieder aufnehmen können. Per 1. September 2015 verlegte er seinen Wohnsitz nach Deutschland, um in einer Klinik eine Stelle als Assistenzarzt in Y.\_\_\_\_\_ anzutreten, sobald es seine gesundheitliche Situation erlauben würde.

### E. 5

Weil sich A.\_\_\_\_\_ konzentrativ schnell erschöpft fühlte, liess er sich neuro-psychologisch von Dipl.-Psych. D.\_\_\_\_\_, klinischer Neuropsychologe GNP, abklären. Mit Bericht vom 6. Oktober 2015 führte dieser aus,

- 3 - grundsätzlich seien unspezifische Konzentrationsstörungen nach Commotio oder Schleudertrauma nicht auszuschliessen. Dem stünden aber die objektiv erbrachten unauffälligen bis überdurchschnittlich guten Testleistungen entgegen, so dass eher von innerer Ablenkbarkeit in Folge verstärkter Selbstbeobachtung auszugehen sei.

### E. 6

Eine augenärztliche Untersuchung am 17. September 2015 ergab einen Astigmatismus, zu dessen Korrektur eine Brille verordnet wurde. Mit E-Mail vom 8. Oktober 2015 teilte A.\_\_\_\_\_ der B.\_\_\_\_\_ mit, er trage nun eine Brille und Lesen und Bildschirmarbeit gehe besser. Die Nackenbeschwerden lasse er unterdessen osteopathisch statt

physiotherapeutisch behandeln.

### **E. 6.1**

Die Rechtsprechung umschreibt den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen wie folgt: Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen beziehungsweise bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E.5.1).

### **E. 6.2**

Zur Klärung der Frage, ob Unfallfolgen organisch objektiv ausgewiesen sind, ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen von medizinischen Fachpersonen angewiesen. Dabei unterliegen die medizinischen Unterlagen - wie sämtliche Beweismittel in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren - der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Es gilt, das gesamte Beweismaterial objektiv zu würdigen, bei sich widersprechenden medizinischen Berichten die Gründe anzugeben, warum auf die eine oder andere medizinische These abzustellen ist, und zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung der streitigen Frage gestatten (BGE 143 V 124 E.2.2.2, 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswertes ärztlicher Stellungnahmen ist entscheidend, ob diese auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchten und in den daraus gezogenen Schlussfolgerungen zu überzeugen vermögen (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ärztlicher Stellungnahmen ist folglich grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch dessen Bezeichnung als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten

- 12 - Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So kommt den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte voller Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungs- oder Auftragsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Arztes allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E.3b/ee). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E.5.2). Berichte der behandelnden Ärzte sind nach der Rechtsprechung wegen deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Das gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz

zunächst bedingungslos zu akzeptieren (BGE 135 V 465 E.4.5, Urteil des Bundesgerichts 8C\_913/2013 vom 11. April 2014 E.4.4.3).

### **E. 6.3**

Im Zeitraum, für welchen die Beschwerdegegnerin den Kausalzusammenhang verneint, mithin ab dem 31. Juli 2016, litt der Beschwerdeführer unter rascher Erschöpfbarkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Verspannung von Schultern und Nacken, Stressintoleranz und Benommenheit. Dies geht aus den zeitnahen medizinischen Unterlagen hervor, insbesondere aus dem Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. April 2016 (Beilage der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] M13), aus dem Bericht des behandelnden

- 13 - Traumatherapeuten Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychosomatik, Psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie, vom 19. Juli 2016 (Bg-act. M11) und aus dem Bericht zur ambulanten Vorstellung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und ärztlicher Leiter der Neurorehabilitation, vom 5. September 2016 (Bg-act. M12).

### **E. 6.4**

Unbestritten ist, dass die zeitnah zum Unfall vorgenommenen apparativen Untersuchungen keine strukturelle Ursache für die in der vorstehenden Erwägung erwähnten Symptome aufzeigten. Anlässlich der Hospitalisation des Beschwerdeführers in der Klinik C.\_\_\_\_\_ ergab eine Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels, der HWS und der BWS vom 24. Juni 2015 keine eindeutigen Hinweise für eine cerebrale oder subarachnoidale Blutung und keine Frakturen (Bg-act. M1) und in den Röntgenaufnahmen von HWS, Becken und OSG fanden sich keine Anzeichen für eine ossäre Läsion (Bg-act. M2). Während des stationären Aufenthalts im Spital O.\_\_\_\_\_ vom 1. bis 5. August 2015 zeigte eine Craniale Computertomographie (CCT) eine altersentsprechende Darstellung des Neurokraniums, keine sich frisch demarkierende Ischämie und keine Blutung. Ein MRI des Schädels mit Angiographie und ein MRI der HWS waren unauffällig, ebenso eine Elektroenzephalographie (EEG) und eine extrakranielle Doppeler- und Duplexsonographie (Bg-act. M4 S. 2). Unbestritten ist auch, dass die Untersuchungen der Gutachterin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ am 8. April 2016 keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen aufzeigten, waren deren elektrophysiologische Zusatzdiagnostik mittels EEG, visuell evozierten Potentialen (VEP) und akustisch evozierten Hirnstammpotentialen (AEHP) doch ebenfalls unauffällig (Bg-act. M13 S. 13).

### **E. 6.5**

Die Symptomatik des Beschwerdeführers, wie sie sich ab dem 31. Juli 2016 präsentierte, wurde in den zeitnahen Arztberichten entweder auf ein postkommotionelles Syndrom (PCS) oder auf eine psychische Problematik zurückgeführt. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 5.

- 14 - September 2016 ein PCS (Bg-act. M12). Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH und Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, ging in seiner Stellungnahme vom 13. November 2015 noch vom Vorliegen eines PCS aus (Bg-act. M8 S. 2) und führte dann in seiner Stellungnahme vom 3. November 2016 aus, das PCS sei zwischenzeitlich abgeheilt, aktuell stünden allein psychogen bedingte Beschwerden im Raum (Bg-act. M15 S. 3). Auch Dr. med. H.\_\_\_\_\_ beurteilte in ihrem Gutachten vom 18. April 2016 die Commotio cerebri als abgeheilt und führte die Symptomatik auf eine posttraumatische Belastungsstörung

(PTBS) zurück (Bg-act. M13 S. 14). Eine PTBS diagnostizierte auch der behandelnde Traumatherapeut Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 31. März 2016 (Bg-act. M9 S. 3) und vom 19. Juli 2016 (Bg-act. M11). Diese Diagnosen der Dres. med. K.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ bestätigen das Fehlen organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen. Die PTBS ist eine psychische Störung und bei einem PCS sind beim derzeitigen Stand der Technik wesens- gemäss keine strukturellen Schädigungen nachweisbar, was denn auch der Beschwerdeführer anerkennt (Einsprache [Bg-act. A90 S. 23], www.msmanuals.com – Ausgabe für medizinische Fachkreise - Suchbe- griff „SHT“, zuletzt eingesehen am 17. September 2019). Ebenfalls appa- rativ nicht eindeutig nachweisbar ist nach dem derzeitigen Stand der Tech- nik und der medizinischen Wissenschaft die diffuse axonale Schädigung, welche nach der Ansicht des Beschwerdeführers in seinem Fall als Hinter- grund des PCS vorliegen könnte (Einsprache [Bg-act. A90 S. 24], www.msmanuals.com – Ausgabe für medizinische Fachkreise - Suchbe- griff „SHT“, zuletzt eingesehen am 17. September 2019).

#### **E. 6.6**

Streitig und nachfolgend zu klären ist, ob aus dem Bericht vom 3. April 2017 von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Chefarzt des Neuro- traumatologischen Zentrums am Klinikum Z.\_\_\_\_\_, organisch objektiv aus- gewiesene Unfallfolgen hervorgehen. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ diagnostizierte ein PCS mit leichten Einschränkungen des okulo-vestibulären Systems, Ver-

- 15 - dacht auf Contusio labyrinthi rechts sowie Verdacht auf Somatisierungs- störung nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma (SHT; Bg-act. M16 S. 1). Er führte aus, auf Basis der hier erhobenen Befunde (klinisch Auffälligkeiten im Halmagyi-Curthoys-Test) und in der Elektronystagmographie (ENG) seien leichte Einschränkungen der Blickstabilisierung und des okulo-vesti- bulären Systems nachweisbar. Wahrscheinlich sei es infolge des Sturzes auch zu einer Kontusion des rechten Gleichgewichtsorgans (Labyrinth) ge- kommen. Dies sei weitgehend kompensiert, könne sich aber bei erhöhten Anforderungen an die Gleichgewichts- und Haltungsstabilität noch bemerk- bar machen. Darüber hinaus sei bekannt, dass Beeinträchtigungen der Blickstabilisierung (Sakkaden) zu einer erhöhten Tagesmüdigkeit beitragen könnten (Bg-act. M16 S. 6). Zur ENG führte Dr. med. M.\_\_\_\_\_ aus, in den Blickfolgebewegungen bei 40°/s habe sich ein Gain von 85 % gezeigt, keine Asymmetrien. Ein Spontannystagmus sei nicht zu beobachten gewe- sen. In der Prüfung des optokinetischen Nystagmus hätten sich keine Sei- tendifferenzen gezeigt, allerdings sei es zu einem Abbruch des Nystagmus bei einer Willkürgeschwindigkeit von 15°/s sowohl bei Rechts- als auch bei Linksdrehung gekommen. In der Sakkadentestung habe sich eine Zielab- weichung nach links horizontal gezeigt. In den Blickfolgebewegungen bei 20°/s habe das Gain 94 % betragen und sei damit unauffällig gewesen. Hier hätten sich keine Seitenasymmetrien gezeigt. Im Drehpendel-Test habe sich ein Gain von 34 % im unteren Normbereich ohne Asymmetrien gefunden. In der kalorischen Prüfung sei sowohl bei Kalt- und Warmspü- lung rechts im Seitenvergleich eine Seitendifferenz festzustellen gewesen. Die rechte Seite sei um 35 % weniger stimulierbar gewesen als die linke. Ein Nystagmusüberwiegen sei nicht festzustellen gewesen. Diese ENG-Er- gebnisse beurteilte Dr. med. M.\_\_\_\_\_ wie folgt: «Es zeigten sich Auffällig- keiten in der Sakkadentestung und des optokinetischen Nystagmus, zudem war im Seitenvergleich eine Untererregbarkeit des rechten Gleichgewichts- organs fest zu stellen. Die Befunde deuten auf eine leichte zentrale und

- 16 - insbesondere auch periphere Störung des okulo-vestibulären Systems hin» (Bg-act. M16 S. 5 f.).

#### **E. 6.6.1**

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2017 aus, er könne keine eigentliche Contusio labyrinthi rechts nachvollziehen. Diese sei von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ lediglich als Verdacht postuliert worden, ohne dass sie konkret hätte nachgewiesen werden können (Bg-act. M18 S. 2). Erwähnenswert sei in diesem Zusammenhang, dass bei der konsiliarischen HNO-Untersuchung im Spital O.\_\_\_\_\_ am 3. August 2015 kein Anhalt für eine Commotio labyrinthi und für eine peripher-vestibuläre Genese eines Schwindels gesehen worden sei (Bg-act. M18 S. 1). Es könne keine Rede sein von einer zweifelsfreien Feststellung einer strukturellen Ursache eines Teils der Symptomatik, sonst würde Dr. med. M.\_\_\_\_\_ nicht bloss von einem Verdacht auf eine Contusio labyrinthi sprechen (Bg-act. M18 S. 2). Es treffe nicht zu, dass objektivierbare Befunde für den geklagten Schwindel nachgewiesen worden seien. Die Augenmotilität sei unauffällig gewesen, keine Angabe von Doppelbildern, kein pathologischer Nystagmus, auch kein pathologischer Nystagmus unter der Frenzel-Brille im Dix-Hallpike-Manöver. In den Blickfolgebewegungen habe sich in der ENG keine relevante Asymmetrie gezeigt, ein Spontannystagmus sei nicht zu beobachten gewesen. Der optokinetische Nystagmus sei ebenfalls symmetrisch gewesen. In der Sakkadentestung habe sich eine Zielabweichung nach links horizontal gezeigt. Der Gain sei jedoch unauffällig gewesen. Auch die kalorische Prüfung habe keine relevante Seitendifferenz ergeben. Allein aus der Sakkadenprüfung könne nach der jetzt vorliegenden Literatur keine klare Pathologie vom Vestibulorgan (Contusio labyrinthi) postuliert werden (Bg-act. M18 S. 4). Auf diese Stellungnahme stützte sich die Beschwerdeführerin im angefochtenen Entscheid zu Recht, sie ist überzeugend und nachvollziehbar. Hieran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers, wie nachfolgend gezeigt wird, nichts zu ändern.

- 17 -

#### **E. 6.6.2**

Der Beschwerdeführer macht geltend, Dr. med. F.\_\_\_\_\_ bemängle zu Unrecht, dass Dr. med. M.\_\_\_\_\_ lediglich einen Verdacht auf eine Contusio labyrinthi diagnostiziert habe. Es sei vollkommen klar, dass grundsätzlich nur der Verdacht einer Labyrinthkontusion gestellt werden könne. Diese sei eben nicht bildgebend darstellbar, nur der ihr folgende funktionelle Ausfall könne, wie geschehen, zweifelsfrei objektiviert werden. Diese Argumentation vermag nicht zu überzeugen. Ob eine Schädigung diagnostiziert oder ob nur eine entsprechende Verdachtsdiagnose gestellt wird, hängt davon ab, in welchem Ausmass der Arzt vom Vorliegen der Schädigung überzeugt ist. Liegt aufgrund einer umfassenden Untersuchung ein eindeutiger Befund vor, so führt dies zu einer klaren Diagnose. Eine Verdachtsdiagnose hingegen beruht nicht auf einem eindeutigen, sondern auf einem unklaren Befund, der eine bestimmte Schädigung nur vermuten lässt ohne andere Ursachen für die gezeigte Symptomatik gänzlich ausschliessen zu können ([www.psychyrembel.de](http://www.psychyrembel.de), Stichwort «Diagnose», zuletzt besucht am 17. September 2019). Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers können Befunde auch ohne bildgebende Darstellung eindeutig sein und klare Diagnosen rechtfertigen. Dies wird im vorliegenden Fall dadurch illustriert, dass das PCS durchwegs als klare Diagnose und nicht als Verdachtsdiagnose gestellt wurde - nota bene auch von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ - obwohl das

PCS bildgebend beziehungsweise apparativ nicht nachweisbar ist (vgl. vorne E.6.5; Bg-act. M4, M6, M8, M12, M16).

### **E. 6.6.3**

Der Beschwerdeführer macht geltend, der Sachverhalt sei vergleichbar mit demjenigen, der dem Bundesgerichtsurteil U 197/04 zugrunde liege. Dem kann nicht gefolgt werden. Zwar ging es auch in jenem Fall um einen Aufprall mit dem Kopf auf einen harten Gegenstand, welcher zu einer HWS-Distorsion und einem leichten SHT führte. Anders als vorliegend wurde in jenem Fall im entscheiderelevanten Gutachten aber eine Contusio labyrinthi nicht nur als Verdachtsdiagnose genannt, sondern fest diagnostiziert (Entscheidung des Bundesgerichts U 197/04 vom 29. März 2006 E.3.3). Zudem

- 18 - wurde in jenem Fall eine psychogene Ursache der Beschwerden gänzlich ausgeschlossen (Entscheidung des Bundesgerichts U 197/04 vom 29. März 2006 E.3.3), während vorliegend immer wieder eine psychische Problematik thematisiert wurde. So wurde im Austrittsbericht des Spitals O.\_\_\_\_\_ vom 5. August 2015 ein PCS «mit Belastungsreaktion» diagnostiziert (Bg-act. M4), der Neuropsychologe Dipl.-Psych. D.\_\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 4. September 2015 eine Panikstörung infolge einer akuten Belastungsreaktion (Beilage zu Bg-act. A90) und die Hausärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 23. Oktober 2015 ebenfalls ein PCS mit Belastungsreaktion (Bg-act. M6). Bei Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ war der Beschwerdeführer ab Februar 2016 über längere Zeit in ambulanter psycho- beziehungsweise traumatherapeutischer Behandlung gestützt auf die Diagnose einer PTBS (Bg-act. M11 sowie Bericht vom 1. Juli 2017 als Beilage zu Bg-act. A90). Die Diagnose einer PTBS stellte auch die Gutachterin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ am 18. April 2016 (Bg-act. M13). Und schliesslich stellte Dr. med. M.\_\_\_\_\_ die Verdachtsdiagnose einer Somatisierungsstörung nach leichtem SHT (Bg-act. M16).

### **E. 6.6.4**

Der Beschwerdeführer macht geltend, bei der konsiliarischen HNO-Untersuchung im Spital O.\_\_\_\_\_ vom 3. August 2015 sei durch eine technische Assistentin lediglich eine grobe kalorische Testung unter Frenzelbrille durchgeführt worden und es habe keine differenzierte klinische oder apparative Gleichgewichtsuntersuchung mittels ENG stattgefunden, welche objektive Befunde hätte liefern können. Dieses Vorbringen ist unbehelflich. Aus dem Austrittsbericht des Spitals O.\_\_\_\_\_ vom 5. August 2015 geht unter dem Eintrag «HNO vom 3. August 2015» hervor, dass kein Anhalt für eine Commotio labyrinthi und für eine peripher vestibuläre Genese des Schwindels gefunden wurde, und dass in der kalorischen Testung beidseits regelrecht erregbare Vestibulorgane vorgelegen hatten. Dabei bleibt unklar, welche Untersuchungsmethode bei der kalorischen Testung angewendet wurde (Bg-act. M4). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers

- 19 - ist dies im Zusammenhang mit der Frage, ob der Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ objektiv nachweisbare organische Unfallfolgen aufzeige, aber auch nicht relevant. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ erwähnte die HNO-Untersuchung des Spitals O.\_\_\_\_\_ nämlich nur im allgemeinen Teil seiner Stellungnahme (Bg-act. M18 S. 1), nahm aber bei der Antwort auf die Frage nach den objektiven Befunden zu Recht allein Bezug auf den Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ (vgl. vorne E.6.6.1; Bg-act. M18 S. 4).

### **E. 6.6.5**

Der Beschwerdeführer macht geltend, Dr. med. F.\_\_\_\_\_ schreibe in seiner Stellungnahme fälschlicherweise, die kalorische Prüfung habe keine relevante Seitendifferenz ergeben. Es trifft zu, dass Dr. med. F.\_\_\_\_\_ eine entsprechende Aussage machte (Bg-act. M14 S. 4). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist diese Aussage indessen – wie nachfolgend gezeigt wird - nicht falsch. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ stellte in der kalorischen Prüfung bei Kalt- und Warmspülung einen Erregbarkeitsunterschied von 35 % fest und beurteilte dies als «Untererregbarkeit des rechten Gleichgewichtsorgans» (Bg-act. M16 S. 6). Diese Seitendifferenz nahm Dr. med. F.\_\_\_\_\_ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers durchaus zur Kenntnis, beurteilte sie aber als nicht relevant, was nachvollziehbar erscheint, wenn man die gesamten Umstände betrachtet. So gelten gemäss den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Audiologen, Neurootologen und Otologen ADANO Seitendifferenzen bis 20 % als normal (BIESINGER/IRO, HNO Praxis heute – Schwindel, Heidelberg, 2007, S. 68). In der neueren Literatur werden Seitendifferenzen sogar erst ab 25 % als auffällig erachtet (BAUMANN, Vergleich von Kopfpulstest und Kalorik bei verschiedenen vestibulären Störungen, Dissertation Universitätsspital Zürich, 2014, S. 22; HEINTZE, Vestibuläre Migräne und Morbus Menière: Video-Kopfpulstest und kalorische Testung, Dissertation Charité Universitätsmedizin Berlin, 2016, S. 29). Die beim Beschwerdeführer festgestellte Seitendifferenz von 35 % stuft Dr. med. F.\_\_\_\_\_ entsprechend nur als knapp signifikant ein und mass ihr im Zusammenhang mit den übrigen, zumeist unauffälligen

- 20 - Ergebnissen der Untersuchung durch Dr. med. M.\_\_\_\_\_ keine Relevanz in dem Sinne bei, dass dadurch eine eindeutige Objektivierung einer organischen Schädigung erfolge. Dies erscheint überzeugend.

#### **E. 6.7**

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass auch aus dem Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 3. April 2017 keine organischen Ursachen für die per 31. Juli 2016 bestehenden Symptome hervorgehen, die im Sinne der Rechtsprechung in genügender Weise objektiv ausgewiesen wären. 7. Weil also vorliegend ein organisch nicht objektiv ausgewiesener Gesundheitsschaden in Frage steht, wird im Folgenden nicht zuerst der natürliche sondern direkt der adäquate Kausalzusammenhang geprüft (vgl. vorne E.5).

#### **E. 7**

Mit Bericht vom 23. Oktober 2015 gab die behandelnde Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, an, das PCS mit Belastungsreaktion halte an, A.\_\_\_\_\_ leide unter Schwindel, Konzentrationsverlust, ausgeprägter Erschöpfung und Einschränkung der visuellen Verarbeitung.

#### **E. 7.1**

Hat die versicherte Person bei einem Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein SHT erlitten, so ist die Schleudertrauma-Praxis gemäss BGE 117 V 359 E.6 und 134 V 109 E.10 anzuwenden und auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten zu verzichten. Ist die Schleudertrauma-Praxis nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien von BGE 115 V 133 E. 6c/aa anzuwenden, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden. Nach der Psycho-Praxis werden die Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 134 V 109 E. 2.1 und 6.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_441/2010 vom 23. August 2010 E.3).

## **E. 7.2**

Vorliegend prallte der Beschwerdeführer mit dem Kopf an einen Felsblock. Dabei erlitt er gemäss dem Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2015 eine HWS-Kontusion und eine leichte traumatische Hirnverletzung (Bg-act. M2). Diese beiden Diagnosen rechtfertigen praxisgemäss die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis. Nach dem Unfall litt der Beschwer-

- 21 - deführer unter Beeinträchtigungen, die zum typischen Beschwerdebild einer schleudertraumaähnlichen Verletzung beziehungsweise eines SHT gehören, nämlich unter rascher Erschöpfbarkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Verspannung von Schultern und Nacken, Stressintoleranz und Benommenheit (Austrittsbericht des Spitals O. \_\_\_\_\_ vom 5. August 2015 [Bg-act. M4], Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2015 [Bg-act. M6], Bericht von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 31. März 2016 [Bg-act. M9]). Dies bestätigt, dass die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zu Recht mit der Schleudertrauma-Praxis abgeklärt hat. Der Beschwerdeführer erhebt diesbezüglich keine Einwände.

## **E. 7.3**

Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung entsprechend der Schleudertrauma-Praxis bildet das objektiv erfassbare Unfallereignis im Sinne des augenfälligen Geschehensablaufs (BGE 140 V 356 E.5.1, 134 V 109 E. 2.1). Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften und die unmittelbar beim Unfall erlittenen Verletzungen (BGE 140 V 356 E.5.1, 134 V 109 E.10.1). Nicht zu berücksichtigen sind das subjektive Erleben des Unfalls durch die verunfallte Person und die Folgen, welche sich im Lauf der Zeit als Reaktion auf den Unfall entwickeln (BGE 140 V 356 E.5.3). Vorliegend stufte die Beschwerdegegnerin den Unfall im angefochtenen Einspracheentscheid als mittelschwer im engeren Sinne ein. Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber die Ansicht, der Unfall sei als mittelschwer im Grenzbereich zu schwer einzustufen. Im Folgenden wird geprüft, welche dieser Einstufungen zutrifft.

- 22 -

### **E. 7.3.1**

Zum Hergang des Unfalls finden sich in den Akten und Rechtsschriften verschiedene, zum Teil leicht voneinander abweichende Aussagen. Es ist deshalb zu klären, welcher Ablauf als der wahrscheinlichste erscheint. Dabei ist die Beweismaxime zu berücksichtigen, dass die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn der Versicherte seine Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die er kurz nach dem Unfall gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 45 E.2a).

### **E. 7.3.2**

Die früheste ausführliche Darstellung des Unfallhergangs findet sich im Bericht der Beschwerdeführerin vom 20. August 2015. Gemäss diesem Bericht hatte der Beschwerdeführer gegenüber einem Aussendienstmitarbeiter angegeben, er habe auf einem Singletrail bei einer Geschwindigkeit von ca. 35 bis 40 km/h aus nicht erinnerlichem Grund die Kontrolle über sein Mountainbike verloren und sei gestürzt. Es habe ihn mehrmals überschlagen über eine Distanz von ca. 8 m und er sei etwa 3 m unterhalb des Trails in einer steilen, mehr aus Fels als aus Gras bestehenden Böschung zu liegen gekommen (Bg-act. A11 S. 1). Das Geschehen nach dem Sturz wurde erstmals im Bericht von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 31. März 2016 festgehalten, basierend auf einer Beschreibung durch den Beschwerdeführer. Er sei nicht bewusstlos gewesen und habe keine Amnesie gehabt. Die Kollegin sei zu ihm hinabgestiegen und habe ihm nach einer Pause geholfen, zum Weg aufzusteigen. Er sei noch mit dem Rad zurück (zur Klinik C. \_\_\_\_\_) gefahren (Bg-act. M9 S. 2). Mit Schreiben vom 19. August 2017 bestätigte die Kollegin K.Z. diesen Ablauf im Wesentlichen. Sie gab an, der Beschwerdeführer sei in flottem Tempo vorausgefahren. Plötzlich sei er nicht mehr vor ihr auf der Strecke gewesen. Stattdessen habe sie ihn rechts an einem felsigen Hang liegend gefunden, zirka 6 m unterhalb

- 23 - des Weges. Er habe im Schock gestanden und in den ersten Minuten einen desorientierten Eindruck gemacht. Sein Bein habe geblutet von einer Schürfwunde und an einigen weiteren Stellen seien ebenfalls oberflächliche Wunden sichtbar gewesen. Nach einiger Zeit habe er sich etwas mehr beisammen gefühlt und sie hätten ihn zu zweit gestützt den Hügel wieder hinauf und ins Krankenhaus bringen können. Es hätten sich zwei grosse Risse über die komplette Helmoberfläche gezogen und ein Stück von ca. 2 cm habe auf der einen Seite gefehlt (Beilage zu Bg-act. A90). Diese Beschreibung wurde durch den Kollegen M.E., der ebenfalls auf der Unfalltour dabei gewesen war, in seinem undatierten Schreiben im Wesentlichen bestätigt. Allerdings schätzte er den Sturz über den Abhang auf zirka 10 m (Beilage zu Bg-act. A90).

### **E. 7.3.3**

Gestützt auf die in der vorstehenden Erwägung dargelegten Angaben kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer mit dem Mountainbike auf einem Singletrail mit einem Tempo von rund 40 km/h unterwegs war, mehrere Meter über einen Abhang in felsdurchsetztes Gelände stürzte und mit dem Kopf so heftig an einem Felsblock anprallte, dass der Fahrradhelm zu Bruch ging. Wie weit unten im Abhang der Beschwerdeführer dabei zu liegen kam, kann offenbleiben, macht es doch hinsichtlich der beim Unfall auftretenden Kräfte keinen entscheidenden Unterschied, ob er nun 8 m horizontal und 3 m abwärts stürzte, wie er gegenüber dem Aussendienstmitarbeiter angab, oder ob er 6 m beziehungsweise 10 m den Abhang hinunterstürzte, wie er später geltend machte und wie dies die Kollegen im Wesentlichen bestätigten. Fest steht weiter, dass sich der Beschwerdeführer beim Sturz mit dem Mountainbike eine leichte traumatische Hirnverletzung, eine Kontusion der HWS, des OSG links und der Hüfte links sowie diverse Schürfwunden zuzog und dass er sich unter Mithilfe der Kollegen selber zu Fuss und mit dem Mountainbike ins Spital begeben konnte (Bg-act. M2).

- 24 -

### **E. 7.3.4**

Vor dem Hintergrund der bundesgerichtlichen Kasuistik hat die Beschwerdegegnerin den Unfall des Beschwerdeführers zu Recht als mittelschweren Unfall im engeren Sinn eingestuft. Vergleichbar sind vor allem folgende, vom Bundesgericht als mittelschwer im engeren Sinne taxierten Fälle: - Ein Mountainbike Fahrer stürzte auf einem steil abfallenden Waldweg, prallte mit dem Kopf an einen Baum und zog sich ein SHT und eine HWS-Distorsion zu (Urteil des Bundesgerichts U 83/00 vom 9. April 2001). - Ein Fahrradfahrer ohne Helm stürzte auf einer abfallenden Strasse bei relativ hohem Tempo bei einer Verkehrsberuhigungsschwelle, zog sich ein mittelschweres SHT und diverse Frakturen zu und musste von der Rega zur Klinik geflogen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_90/2012 vom 12. Dezember 2012). - Ein Fahrradfahrer ohne Helm kollidierte frontal mit einem Auto, wurde auf die Strasse geschleudert und zog sich ein schweres SHT mit Schädel- und Kieferfraktur und eine Verletzung des Schultergelenks zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_62/2013 vom 11. September 2013). - Ein Motorradfahrer kollidierte auf der Autobahn mit einer Geschwindigkeit von ca. 120 km/h mit der Leitplanke, schlitterte bis zu deren Ende, stürzte eine Böschung hinunter und zog sich diverse Frakturen am Oberkörper zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_464/2012 vom 21. Dezember 2012). - Ein Motorradfahrer verlor in einer Kurve die Kontrolle über sein Fahrzeug, wurde bei einer Geschwindigkeit von rund 80 km/h über den Lenker geschleudert, prallte mit Kopf und Schulter auf dem kiesigen Boden auf und zog sich eine Distorsion der HWS und eine Kontusion der Schulter zu (Urteil des Bundesgerichts U 343/06 vom 19. November 2007). - Ein Motorradfahrer stürzte in einer Kurve mit einer Geschwindigkeit von ca. 35 km/h und zog sich Frakturen an mehreren Brustwirbelkörpern zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_431/2011 vom 7. Februar 2012). - Ein Motorradfahrer kollidierte mit einer Geschwindigkeit von rund 65 km/h mit einem Auto, das ihm mit etwa 20 km/h entgegenkam und erlitt eine Gehirnerschütterung sowie Frakturen an Armen und Beinen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_137/2014 vom 5. Juni 2014). Im Vergleich mit diesen Beispielen fällt auf, dass das Unfallgeschehen im vorliegenden Fall eher weniger heftig erscheint, und dass die unmittelbar beim Unfall erlittenen Verletzungen des Beschwerdeführers zum Teil deut-

- 25 - lich weniger gravierend waren. Die Beschwerdegegnerin hat die Unfallschwere deshalb klarerweise nicht zu tief angesetzt. Dies wird dadurch bestätigt, dass das Bundesgericht einen Sturz mit dem Fahrrad auf Eis mit Schädelkalottenfraktur und SHT sogar nur als mittelschwer im Grenzreich zu leicht einstufte (Urteil des Bundesgerichts 8C\_414/2017 vom 26. Februar 2018).

#### **E. 7.4**

Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E.10.1). Als adäquanzrelevant geltend dabei folgende Kriterien (BGE 134 V 109 E.10.3): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls (1); - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen (2); - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung (3); - erhebliche Beschwerden (4); - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert (5); - schwieriger

Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen (6); - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (7). Geht es wie im vorliegenden Fall um einen mittelschweren Unfall im engen Sinn, so kann die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien in einfacher Form erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E.8.3).

- 26 -

## **E. 7.5**

Es werden nun die einzelnen Adäquanzkriterien geprüft. Dabei sind sowohl die somatischen als auch die psychischen Aspekte zu berücksichtigen (vgl. vorne E.7.1).

### **E. 7.5.1**

Nach der Rechtsprechung beurteilt sich die Frage, ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person (BGE 140 V 356 E.5.6.1). Das Vorbringen des Beschwerdeführers, als besonderer Begleitfaktor sei bei seinem Sturz die belastende bildhafte Erinnerung an den zwei Jahre zuvor erlebten analogen Unfall hinzugekommen, ist deshalb unhelplich. Andere besonders dramatische Begleitumstände macht der Beschwerdeführer nicht geltend und sind auch nicht ersichtlich. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kommt seinem Unfall auch keine besondere Eindrücklichkeit zu. Eine solche wäre nur zu bejahen, wenn die Eindrücklichkeit deutlich über diejenige hinausgehen würde, welche jedem mittelschweren Unfall ohnehin eigen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_114/2018 vom 22. August 2018 E.6.3). Der Beschwerdeführer spricht von einem „lebensbedrohlichen Hochrasanztrauma“, aber weder das Tempo von rund 40 km/h noch die Tatsache, dass der Sturz bei ungünstigerem Verlauf hätte lebensbedrohlich sein können, sind für einen mittelschweren Sturzunfall mit einem Fahrrad oder einem Motorrad aussergewöhnlich. Entsprechend hat denn auch das Bundesgericht bei keinem der oben in Erwägung 7.3.4 genannten Vergleichsfälle eine besondere Eindrücklichkeit anerkannt, obwohl das Tempo dort zum Teil noch deutlich grösser war.

### **E. 7.5.2**

Das Kriterium der Schwere oder der besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist ebenfalls nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer war nach dem Unfall in der Lage, sich selber zu Fuss und mit dem Mountainbike ins Spital

- 27 - zu begeben, wo neben der HWS-Kontusion und der leichten traumatischen Hirnverletzung nur Kontusionen des OSG und der Hüfte und diverse Schürfwunden diagnostiziert wurden (Bg-act. M2). Diese Verletzungen waren nicht lebensbedrohlich oder in ungewöhnlicher Weise schmerzhaft und beängstigend. Sodann war kein operativer Eingriff sondern nur eine neurologische Überwachung notwendig und nach zwei Tagen konnte der Beschwerdeführer bereits wieder aus der Klinik C.\_\_\_\_\_ entlassen werden, wobei die Austrittsmedikation nur Schmerzmittel bei Bedarf umfasste (Bg-act. M2). Zudem konnte der Beschwerdeführer damit rechnen, dass er bei einem normalen Heilungsverlauf vollständig genesen und keine bleibenden Schäden davontragen würde.

### **E. 7.5.3**

Auch das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist nicht erfüllt. Dieses Kriterium bedingt, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer oder mit einer zusätzlichen Mehrbelastung aussergewöhnlicher Natur. Blosser ärztliche Verlaufskontrollen und Abklärungsmassnahmen sowie manualtherapeutische und medikamentöse Behandlungen vermögen das Kriterium nicht zu erfüllen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_62/2013 vom 11. September 2013 E.8.3 und 8C\_209/2008 vom 2. Dezember 2008 E.5.4). Vorliegend sind demnach weder die physiotherapeutische beziehungsweise osteopathische Behandlung des Beschwerdeführers noch seine hausärztlichen Verlaufskontrollen relevant. Als blosser Abklärungsmassnahmen fallen sodann auch die neuropsychologischen Untersuchungen ausser Betracht, genauso wie die Konsultationen von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ und Dr. med. M.\_\_\_\_\_. Als fortgesetzt spezifische ärztliche Behandlung im Sinne des hier zu prüfenden Kriteriums zu berücksichtigen ist einzig die ambulante traumatherapeutische Behandlung durch Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_. Im Zeitraum zwischen dem 4. Februar 2016 und dem 1. Juli 2017 fanden 27 Therapiesitzungen statt, bei welchen der

- 28 - Beschwerdeführer vor allem mit narrativer Traumatherapie und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) behandelt wurde (Bg-act. M17, M11 und M9). Diese Behandlung kann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht als besonders belastend eingestuft werden, weder hinsichtlich Behandlungsfrequenz noch hinsichtlich der Art der Behandlung. Durch diese Behandlung entstand keine Mehrbelastung des Beschwerdeführers von dem Ausmass, wie sie vom Bundesgericht für die Bejahung des Kriteriums regelmässig verlangt wird. Hingewiesen sei dazu beispielhaft darauf, dass das Kriterium selbst bei rund einmonatigem stationärem Rehabilitationsaufenthalt mit darauffolgenden ambulanten Behandlungsmassnahmen nicht bejaht wurde (Urteile des Bundesgerichts 8C\_277/2013 vom 7. Juni 2013 E.4.2.3, 8C\_629/2012 vom 20. Februar 2013 E.5.4 und 8C\_749/2010 vom 6. Januar 2011 E.6.3.2).

#### **E. 7.5.4**

Zu prüfen ist nun das Kriterium der erheblichen Beschwerden. Dabei beurteilt sich die Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt. Vorliegend sind sich die Parteien darin einig, dass im relevanten Zeitraum vom Unfall am 24. Juni 2015 bis zum 31. Juli 2016 keine erheblichen Schmerzen im Sinne dieses Kriteriums vorlagen. Kopfschmerzen werden denn auch in den ärztlichen Unterlagen erstmals im Bericht von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 31. März 2016 erwähnt und nicht als Dauerschmerzen sondern als Folge der starken Ermüdbarkeit beschrieben (Bg-act. M9 S. 2). Im Bericht der Gutachterin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 18. April 2016 werden Kopfschmerzen zwar erwähnt, es wird aber auch angegeben, bezüglich der Schmerzzustände nehme der Beschwerdeführer bedarfsweise, insgesamt selten, Paracetamol ein (Bg-act. M13 S. 14 und 20). Aus diesem seltenen Schmerzmittelkonsum kann geschlossen werden, dass auch die von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ beschriebenen Verspannungen im Bereich der Schultern und des Nackens nicht dauernd vorlagen, sondern zwischen längeren schmerzfreien Phasen auftraten (Bg-act. M13 S. 14 und

- 29 - 20). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers war er auch nicht in erheblicher Weise in seinem Lebensalltag beeinträchtigt. Zwar geht aus den Berichten der Dres. med.

E.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ übereinstimmend hervor, dass er unter schneller Erschöpfbarkeit, Stressintoleranz und Empfindlichkeit auf Reizüberflutung litt (Bg-act. M6, M9, M12 und M13). Es ist verständlich, dass dies für den zuvor äusserst leistungsfähigen Beschwerdeführer subjektiv eine massive Einschränkung darstellte. Im Rahmen des hier zu prüfenden Kriteriums ist aber massgeblich, dass der Beschwerdeführer bei der persönlichen Pflege, der Haushaltsführung und der Mobilität nicht auf fremde Hilfe angewiesen war und dass er die Arbeitstätigkeit rund sieben Monate nach dem Unfall wieder aufnehmen und in der Folge das Arbeitspensum schrittweise steigern konnte.

#### **E. 7.5.5**

Sodann liegt auch keine ärztliche Fehlbehandlung vor, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Daran nichts zu ändern vermag das Vorbringen des Beschwerdeführers, der Heilverlauf hätte durch adäquate Abklärungen und zielgerichtete Therapien, zum Beispiel in einem Concussion Center, beschleunigt werden können. Die gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers wurde sehr eingehend abgeklärt. Nach den Untersuchungen in der Klinik C.\_\_\_\_\_ wurden im Spital O.\_\_\_\_\_ während eines fünftägigen stationären Aufenthalts neurologische, internistische, psychiatrische und HNO-Untersuchungen gemacht (Bg-act. M4). Danach liess sich der Beschwerdeführer aufgrund seines besonderen Verständnisses als Arzt - zusätzlich neuropsychologisch und traumapsychologisch abklären und suchte ausgewiesene Spezialisten auf dem Gebiet der Neurotraumatologie auf (Bg-act. M5, M9, M12 und M16). Die Behandlung erfolgte medikamentös und mittels Physiotherapie, Osteopathie, narrativer Traumatherapie und EMDR. Der Beschwerdeführer macht nicht geltend, dass diese Therapien ihm geschadet hätten, und solches ist aus den Akten auch nicht ersichtlich. Nicht angewendete Behandlungsmöglichkeiten, welche eine deutliche schnellere Besserung gebracht hätten, werden in den medizini-

- 30 - schen Unterlagen nirgends erwähnt und bezeichnenderweise auch vom Beschwerdeführer nicht konkret benannt.

#### **E. 7.5.6**

Geprüft wird nun das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen. Nach der Rechtsprechung darf nicht schon aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf dazu besonderer Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E.5.2.2.2). Dabei stellen kleinere Rückschritte im Heilungsverlauf noch keine erhebliche Komplikation dar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_414/2017 vom 26. Februar 2018 E.3.5). Auch der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann, genügt allein nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E.10.3). Als besonderen Grund für die Beeinträchtigung der Genesung hat das Bundesgericht zum Beispiel eine zu den Unfallfolgen hinzukommende Erkrankung an multipler Sklerose anerkannt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_147/2017 vom 2. August 2017 E.5.3). Vorliegend ist kein besonderer Grund für die Beeinträchtigung der Genesung ersichtlich. Hinzu kommt, dass im Rahmen des vorliegend zu prüfenden Kriteriums der Heilungsverlauf - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - nicht mit dem Verlauf bei den unproblematischen und schnell ausheilenden SHT und Schleudertraumen zu vergleichen ist, würde doch dieser Vergleich

immer zu einer Bejahung des Kriteriums führen, was nicht sachgerecht wäre. Vergleichsbasis ist vielmehr der kleine Anteil der problematischen Fälle, bei welchen die typischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression und Wesensveränderung auftreten und über eine gewisse Zeit anhalten. Unter diesem Betrachtungswinkel sind vorliegend keine Umstände

- 31 - ersichtlich, welche den Heilungsverlauf beim Beschwerdeführer als aussergewöhnlich schwierig oder mit Komplikationen behaftet erscheinen lassen.

#### **E. 7.5.7**

Als letztes adäquanzrelevantes Kriterium ist zu klären, ob eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen vorlag. Dabei geht es nicht nur um die Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf, sondern in einem umfassenderen Sinn auch um die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Erfüllt ist das Kriterium nach der Rechtsprechung erst dann, wenn die Arbeitsfähigkeit auch in einer leidensangepassten Tätigkeit über einen längeren Zeitraum stark eingeschränkt ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E.5.2.2.3 und 8C\_803/2017 vom 14. Juni 2018 E.3.7). Vorliegend nahm der Beschwerdeführer die Tätigkeit als Assistenzarzt am 1. Februar 2016, mithin rund sieben Monate nach dem Unfall, im Rahmen eines siebenwöchigen Praktikums auf der Rehaabteilung der BG Klinik Y.\_\_\_\_\_ in einem Pensum von rund 25 % wieder auf. Danach arbeitete er an seiner Doktorarbeit und am 1. Juli 2016 trat er an der BG Klinik Y.\_\_\_\_\_ eine 50%-Stelle auf der Rehaabteilung an mit der Aussicht, das Pensum weiter zu steigern (was dann nota bene auch geschah [75 % ab April 2017 und 100 % ab Oktober 2017]). Diese Stelle entsprach nicht seiner angestammten Tätigkeit auf der chirurgischen Abteilung, sondern war in dem Sinne angepasst, dass er keine Operationen, keine Notfalldienste und keine Nachtschichten machte. Damit kann das Kriterium des Grads und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit, wenn überhaupt, als knapp erfüllt angesehen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_123/2018 vom 18. September 2018 E.5.2.2.3, wo die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in einem 50 % Pensum rund 9 Monate nach dem Unfall erfolgte und die Arbeitsfähigkeit rund zwei Jahre nach dem Unfall wieder bei 100 % lag).

#### **E. 7.6**

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass vorliegend nur ein Adäquanzkriterium in einfacher Form erfüllt ist. Dies genügt nicht, um

- 32 - den adäquaten Kausalzusammenhang zu bejahen, wäre dazu doch bei einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn die Erfüllung von mindestens drei Kriterien in einfacher Form oder die Erfüllung eines Kriteriums in einer besonders ausgeprägten Form nötig (vgl. vorne E.7.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E.8.3). Die Frage der natürlichen Unfallkausalität kann somit offenbleiben, sie ist angesichts des fehlenden adäquaten Kausalzusammenhangs nicht mehr entscheidungsrelevant (vgl. vorne E.5). Nach dem 31. Juli 2016 hat der Beschwerdeführer somit keinen Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin, weder auf Heilbehandlungskosten noch auf Taggelder noch auf Ersatz allfälliger Auslagen für von ihm initiierte, wenn auch betragsmässig nicht substantiierte medizinische Abklärungen, Beurteilungen und Gutachten. 8. Der Beschwerdeführer macht geltend, die Adäquanzprüfung hätte nicht per 31. Juli 2016 erfolgen dürfen, zu diesem Zeitpunkt sei der medizinische Endzustand noch nicht erreicht

gewesen. Dem kann nicht gefolgt werden. Zum Vorbringen des Beschwerdeführers einer verfrühten Adäquanzprüfung führte das Bundesgericht in BGE 134 V 109 folgendes aus: Wenn davon gesprochen wird, die Adäquanzprüfung sei zu früh erfolgt, so erschwert dies das Verständnis insofern, als der Eindruck erweckt wird, die Adäquanzprüfung sei die Prüfung einer Rechtsfrage besonderer Art. Dabei handelt es sich um eine Rechtsfrage nebst anderen Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Prüfung der Leistungsansprüche. Zu fragen ist nicht danach, in welchem Zeitpunkt die Adäquanzprüfung vorgenommen werden darf, sondern wann der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen hat (BGE 134 V 109 E.3.2). Mit dieser Aussage bezieht sich das Bundesgericht auf Art. 19 Abs. 1 UVG, wonach der Unfallversicherer einen Fall unter Einstellung der Kostenübernahme für die Heilbehandlung und der Taggeldleistungen sowie mit Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen hat, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszu-

- 33 - standes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich dabei nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109 E. 4.3 Urteil des Bundesgerichts 8C\_493/2018 vom 12. September 2018 E.3.2). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist somit für die Festlegung des Zeitpunkts des Fallabschlusses nicht das gesamte Spektrum der effektiven Beschwerden massgeblich sondern nur die unfallbedingten Beschwerden. Dass vorliegend die Adäquanzprüfung per 31. Juli 2016 nicht zu beanstanden ist, zeigt sich auch daran, dass sich bei der Beurteilung der sieben Adäquanzkriterien keine Fragen gestellt haben, welche aufgrund der Entwicklung bis zum 31. Juli 2016 nicht hätten beantwortet werden können (vgl. vorne E.7.5. ff.). 9. Der Beschwerdeführer leidet an einer Hornhautverkrümmung. Diese ist nachfolgend gesondert zu prüfen, weil sie infolge Brillenversorgung seit Anfang Oktober 2015 (Bg-act. A24 und M6 S. 2) als Ursache für die Symptome in der Zeit nach dem 31. Juli 2016 ausser Betracht fällt.

## **E. 8**

Mit Stellungnahme vom 13. November 2015 berichtete der beratende Arzt der B.\_\_\_\_\_, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, grundsätzlich ergebe sich ein guter Verlauf, aus seiner Sicht dürfte bereits jetzt mit dem vollen Einstieg in die Arbeitstätigkeit angefangen werden. Nachweisbare strukturelle Verletzungen im Neurokranium zeigten sich nicht und neuro-psychologisch zeige sich ein guter Befund.

## **E. 9**

Am 1. Februar 2016 nahm A.\_\_\_\_\_ in der Klinik in Y.\_\_\_\_\_ die Tätigkeit als Assistenzarzt wieder auf. Er arbeitete im Rahmen eines siebenwöchigen Wiedereingliederungspraktikums in einem Teilzeitpensum von 2 bis 3,5 Stunden pro Tag in der Rehaabteilung.

### **E. 9.1**

Der Beschwerdeführer macht geltend, sein angeborener Astigmatismus sei infolge des Unfalls vom 24. Juni 2015 dekompenziert. Vorher habe er keine Sehschwierigkeiten gehabt und nie eine Brille gebraucht. Drei Wochen vor dem Unfall habe er einen Sehtest für einen Motorradführerschein gemacht, der vollen Visus ergeben hätte, und er habe auch

regelmässig problemlos durch das Mikroskop operiert. Diese Aussagen erscheinen glaubhaft. Fest steht sodann, dass Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Augen- heilkunde, am 17. September 2015, mithin zeitnah zum Unfall vom 24. Juni 2015, einen Astigmatismus feststellte und eine Prismenbrille verordnete (Karteikarte und Brillenverordnung als Beilagen zu Bg-act. A90).

- 34 -

### **E. 9.2**

Die Beschwerdegegnerin bezeichnet die Hornhautverkrümmung im ange- fochtenen Entscheid als gänzlich unfallfremd. Eine Begründung dafür lie- fert sie nicht, und in den medizinischen Akten findet sich auch keine ver- lässliche ärztliche Aussage zur natürlichen Unfallkausalität dieser objektiv ausgewiesenen Beeinträchtigung. Dies ist nicht korrekt. Angesichts der Tatsache, dass Visusstörungen bei SHT und Schleudertraumen typisch sind, und angesichts der Umstände im vorliegenden Fall hätte die Be- schwerdegegnerin abklären müssen, ob die Dekompensation der Horn- hautverkrümmung in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfall steht. Dies hat sie nachzuholen. Falls sich der dekompensierte Astigmatismus als unfallkausal erweisen sollte, hat die Beschwerdegegnerin zu klären, ob die Kosten für die Untersuchung und die Brillenversorgung korrekt abge- wickelt wurden und ob dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädi- gung zusteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_364/2008 vom 7. Novem- ber 2008 E.6). 10. Somit ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen für Heilbe- handlung und Taggeld zu Recht per 31. Juli 2016 eingestellt hat. Der an- gefochtene Einspracheentscheid vom 20. März 2018 erweist sich diesbe- züglich als rechtmässig. Damit hat der Beschwerdeführer auch keinen An- spruch auf die Erstattung von allfälligen Kosten, die für medizinische Ab- klärungen nach dem 31. Juli 2016 zu seinen Lasten angefallen sind. Der angefochtene Einspracheentscheid ist aber im Hinblick auf die Hornhaut- verkrümmung des Beschwerdeführers nicht vollständig. Die Beschwerde- gegnerin hat die diesbezüglichen Abklärungen nachzuholen und über eine allfällige Leistungspflicht, insbesondere eine Integritätserschädigung, zu entscheiden. 11. Gerichtskosten werden keine erhoben, da das kantonale Beschwerdever- fahren nach Art. 61 lit. a ATSG grundsätzlich kostenlos ist. Eine ausserge- richtliche Entschädigung steht weder der Beschwerdegegnerin zu (vgl. Art.

- 35 - 61 lit. g ATSG) noch dem Beschwerdeführer, welcher nicht anwaltlich ver- treten ist. Demnach erkennt das Gericht:

### **E. 10**

Mit Schreiben vom 31. März 2016 berichtete Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fach- arzt für Psychosomatik, Psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie,

- 4 - A.\_\_\_\_\_ leide unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach Fahrradunfall, er werde seit Ende Januar 2016 mit narrativer Trauma- therapie und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) behandelt.

### **E. 11**

Im Auftrag der Deutschen Ärzteversicherung erstellte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, am 18. April 2016 ein Gutachten, in welchem sie zum Schluss kam, es liege eine PTBS und eine abgeheilte Commotio cerebri vor. Mit der regelmässigen Trauma- therapie bei Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ würden die Beschwerden

adäquat therapie, die Prognose sei günstig. Die Arbeitsfähigkeit liege aktuell bei maximal 3 Stunden täglich. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ stütze sich dabei unter anderem auf ein testpsychologisches Zusatzgutachten von Dr. I.\_\_\_\_\_, Klinische- und Gesundheitspsychologin, vom 10. April 2016.

#### **E. 12**

Mit Schreiben vom 2. Mai 2016 teilte die B.\_\_\_\_\_ A.\_\_\_\_\_ mit, sie werde ab dem 31. Juli 2016 ihre Leistungen gänzlich einstellen. Die Unfallversicherung habe nur so lange, wie ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang bestehe. Beim Fehlen struktureller Verletzungen sei die Zuständigkeit der obligatorischen Unfallversicherung nur für eine gewisse Zeit nachvollziehbar. Mit E-Mails vom 20. Mai 2016 und vom 12. Juli 2016 widersetzte sich A.\_\_\_\_\_ dieser Sichtweise, und mit Schreiben vom 19. Juli 2016 hielt Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ fest, eine ganztägige Berufstätigkeit sei derzeit noch vollkommen ausgeschlossen.

#### **E. 13**

Von April bis Juni 2016 arbeitete A.\_\_\_\_\_ an seiner Doktorarbeit und am 1. Juli 2016 trat er an der Klinik in Y.\_\_\_\_\_ eine 50%-Stelle auf der Rehabilitation an.

#### **E. 14**

Mit Bericht vom 5. September 2016 gab Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und ärztlicher Leiter der Neurorehabilitation, nach einer

- 5 - einstündigen Konsultation an, es liege ein PCS vor. Der Zusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden und dem Unfall sei zweifelsohne gegeben.

#### **E. 15**

Mit Stellungnahme vom 25. Oktober 2016 berichtete der beratende Arzt der B.\_\_\_\_\_, Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, die Kriterien für eine PTBS seien nicht erfüllt. Es sei möglich, dass sich nach dem Unfall vorübergehend reaktive psychische Symptome gezeigt hätten, welche im Rahmen einer Anpassungsstörung eingeordnet werden könnten. Anfangs Januar 2016 habe indessen eine manifeste psychopathologische Symptomatik im Sinne einer psychoreaktiven Störung nicht mehr vorgefunden werden können. Aktuell könne keine spezifische psychopathologische Symptomatik mit Krankheitswert mehr dokumentiert werden, die mit dem erforderlichen Grad der Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könne. Aufgrund der Unfallfolgen sei keine Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen.

#### **E. 16**

Mit Stellungnahme vom 3. November 2016 führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, der beratende Neurologe der B.\_\_\_\_\_, aus, es könne ein postkommotionelles Bild nach dem Unfall vom 24. Juni 2015 gesehen werden, aber dieses sei zwischenzeitlich abgeheilt, so dass heute allein psychogen bedingte Beschwerden im Raum stünden.

#### **E. 17**

Mit Verfügung vom 9. Dezember 2016 stellte die B.\_\_\_\_\_ die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 31. Juli 2016 ein und entzog einer allfälligen Einsprache die aufschiebende Wirkung. Zur Begründung machte sie geltend, der natürliche Kausalzusammenhang sei angesichts der Stellungnahmen der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_ nicht gegeben. Auch der adäquate Kausalzusammenhang sei nicht gegeben.

### **E. 18**

Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_ am 8. Januar 2017 Einsprache. Am 27. August 2017 ergänzte er die Einsprache und machte im Wesentlichen geltend, die noch bestehenden Beschwerden stünden nach wie vor in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Fahrradunfall. Die angefochtene Verfügung und die Stellungnahmen der beratenden Ärzte enthielten eine Vielzahl an falschen Darstellungen des Verlaufs und unbegründete Schlussfolgerungen. Er reichte verschiedene Unterlagen ein, darunter eine ärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 1. Juli 2017, Beschreibungen des Unfallhergangs durch die zwei beteiligten Kollegen und einen neurologischen Befundbericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Chefarzt des neurotraumatologischen Zentrums des Klinikums Z.\_\_\_\_\_, vom 3. April 2017.

### **E. 19**

Am 1. Oktober 2017 erhöhte A.\_\_\_\_\_ sein Arbeitspensum auf 100 %, nachdem er es im April 2017 auf 75 % gesteigert hatte. Sein Aufgabenfeld entsprach allerdings noch nicht demjenigen vor dem Unfall, er machte keine Operationen, keine Notfalldienste und keine Nachtschichten.

### **E. 20**

Mit Entscheid vom 20. März 2018 wies die B.\_\_\_\_\_ die Einsprache ab. Sie stützte sich insbesondere auf die Stellungnahmen des beratenden Neurologen Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017 und des beratenden Psychiaters Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 13. November 2017.

### **E. 21**

Gegen diese Einspracheentscheid erhob A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 3. Mai 2018 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Er beantragte, der Einspracheentscheid vom 20. März 2018 sei aufzuheben und die B.\_\_\_\_\_ sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere weitere Heilbehandlungskosten und Taggelder, allenfalls später weitere Leistungen, auszurichten und für die Kosten der von ihm veranlassten medizinischen Abklärungen/Beurteilungen und Gutachten aufzukommen. Zur Begründung machte er im We-

- 7 - sentlichen geltend, es bestehe ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen seinen Beschwerden und dem Unfall. Angesichts der Berichte der Dres. med. G.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ bestünden mehr als erhebliche Zweifel an den Stellungnahmen der beratenden Ärzte Dres. med. L.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_. Die Adäquanzprüfung sei zu Unrecht erfolgt, da noch kein medizinischer Endzustand vorgelegen habe. Abgesehen davon wären die Adäquanzkriterien zu bejahen.

### **E. 22**

Die B.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2018 die Abweisung der Beschwerde. Sie verzichtete auf eine Begründung und verwies auf den angefochtenen Einspracheentscheid vom 20. März 2018. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und im angefochtenen Entscheid sowie auf die im Recht liegenden Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen

eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Angefochten ist der Einspracheentscheid der B.\_\_\_\_ vom 20. März 2018. Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) in Verbindung mit Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen diesen Entscheid Beschwerde erhoben werden. Das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden ist aufgrund von Art. 57 ATSG und Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechts- pflege (VRG; BR 370.100) zur Beurteilung der Beschwerde sachlich zu- ständig. Auch die örtliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts ist ge- geben. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person im Ausland, so ist gemäss Art. 58 Abs. 2 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kan-

- 8 - tons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand. Vorliegend hatte der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz bei Einreichung der Beschwerde in Y.\_\_\_\_/D und sein letzter schweizerischer Wohnsitz war X.\_\_\_\_/GR. Als formeller und materieller Adressat ist der Beschwer- deführer vom angefochtenen Entscheid unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung (Art. 59 ATSG). Überdies wurde die Beschwerde frist- und formgerecht beim Ver- waltungsgericht eingereicht (Art. 60, Art. 38 Abs. 4 lit a und Art. 61 lit. b ATSG). Demzufolge ist auf die Beschwerde einzutreten. 2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Moun- tainbike Unfall des Beschwerdeführers vom 24. Juni 2015 zu Recht per 31. Juli 2016 eingestellt hat. Zentral ist dabei die Frage des Kausalzusammen- hangs. Während die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid den natürlichen und den adäquaten Kausalzusammenhang verneinte, ist der Beschwerdeführer der Ansicht, zwischen dem Unfall und seiner ge- sundheitlichen Problematik bestehe auch in der Zeit nach dem 31. Juli 2016 sowohl ein natürlicher als auch ein adäquater Kausalzusammenhang. Bei der Beurteilung der streitigen Fragen ist der Sachverhalt zu berücksichti- gen, der sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids am 20. März 2018 verwirklicht hat (BGE 142 V 337 E.3.2.2, 127 V 102 E.5e), und massgeblich ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 141 V 15 E.3.1, 138 V 218 E.6). 3. Bezüglich des anwendbaren Rechts ist zu beachten, dass am 1. Januar 2017 die revidierten Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten sind. Gemäss Abs. 1 der einschlägigen Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleis- tungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, nach

- 9 - bisherigem Recht gewährt. Vorliegend ereignete sich der Unfall am 24. Juni 2015, so dass grundsätzlich die bis zum 31. Dezember 2016 gültig gewe- senen Bestimmungen Anwendung finden. Auf eine Differenzierung von bis- herigem und neuem Recht kann indessen verzichtet werden, da sich die für das vorliegende Verfahren anwendbaren Bestimmungen mit Inkrafttre- ten der neuen Rechtssätze nicht geändert haben. 4. Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung werden bei Berufsunfäl- len, Nichtberufsunfällen oder Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwir- kung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Kör- per, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychi- schen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Vorliegend sind sich die Parteien zu Recht darin einig, dass der Beschwerdeführer ei- nen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG erlitt, als er am 24. Juni 2015 auf einer

Mountainbike Tour stürzte. 5. Der Versicherte hat gemäss Art. 10 UVG Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Zudem hat der Versicherte gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld, wenn er infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt also sowohl bezüglich der Heilbehandlung als auch bezüglich des Taggeldes einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geltend gemachten Schädigungen voraus. Dabei ist nach der Rechtsprechung kumulativ ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang erforderlich (BGE 141 V 574 E.5.2, 129 V 177 E.3.3). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind dabei alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene gesundheitliche Schaden nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 177 E.3.1). Zur Abklärung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist die rechtsanwen-

- 10 - dende Behörde auf Unterlagen von medizinischen Fachpersonen angewiesen (BGE 122 V 157 E.1b). Als adäquate Ursache eines Gesundheitsschadens hingegen gilt ein Ereignis, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Gesundheitsschaden von der Art des eingetretenen herbeizuführen (BGE 129 V 177 E.3.2, 125 V 456 E.5a). Die Frage des adäquaten Kausalzusammenhangs ist eine Rechtsfrage, deren Beantwortung nicht einer medizinischen Fachperson, sondern der rechtsanwendenden Behörde obliegt (BGE 141 V 330 E.6.2.3). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E.2.1). Im Bereich organisch nicht objektiv ausgewiesener Gesundheitsschäden hingegen hat die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers grosse Bedeutung (BGE 125 V 456 E.5c). Geht es um organisch objektiv ausgewiesene Gesundheitsschäden, so genügt es in der Regel, den natürlichen Kausalzusammenhang zu prüfen. Geht es um organisch nicht objektiv ausgewiesene Gesundheitsschäden, so sind grundsätzlich der natürliche und der adäquate Kausalzusammenhang zu untersuchen. Dabei ist es sinnvoll, zunächst den adäquaten Kausalzusammenhang abzuklären. Ist dieser nämlich zu verneinen, so ist die Frage der natürlichen Unfallkausalität nicht mehr entscheidend relevant und kann offenbleiben (BGE 135 V 465 E.5.1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E.7.3). 6. Ausgangspunkt bei der Prüfung des Kausalzusammenhangs ist - aus den soeben dargelegten Gründen - die Frage, ob organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen vorliegen oder nicht. Vorliegend ging die Beschwerdeführerin im angefochtenen Einspracheentscheid davon aus, es lägen keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen vor. Der Beschwerdeführer ist gegenteiliger Ansicht.

- 11 -