

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/50 vom 5. Mai 2012**

Sg Versicherungsgericht, 2012-05-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2014\\_50](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2014_50)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/50 du 5 mai 2012

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/50 del 5 maggio 2012

## **Regeste**

Bestehen nach einer Kollision zwischen Personenwagen und Velo gefolgt von einem eintägigen Spitalaufenthalt und konservativer medikamentöser Behandlung und kurzer Arbeitsunfähigkeit noch neuropsychologische Beschwerden (Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten) ohne objektivierbare somatische Unfallfolgen, so ist die Adäquanz der Restbeschwerden nach der sog. Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu prüfen und vorliegendenfalls zu verneinen. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. August 2015, UV 2014/50). Entscheid vom 20. August 2015  
Besetzung: Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Marilena Gnesa  
Geschäftsnr. UV 2014/50  
Parteien: A. \_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas, Markusstrasse 10, 8006 Zürich, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand: Versicherungsleistungen, Sachverhalt

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde vom 27. Juni 2014 wurde innert der gesetzlich vorgesehenen Frist von 30 Tagen eingereicht und ist somit fristgerecht. Da auch die übrigen formellen Eintretensvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

### **E. 2**

Streitig und zu beurteilen ist die Frage, ob die mit Schadenmeldung UVG vom 4. November 2013 gemeldeten Beschwerden (Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten) kausal auf den Unfall vom 9. Mai 2012 zurückzuführen sind. Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich einen Rückfall zum genannten Unfall geltend. In der Replik hält der Beschwerdeführer hingegen - unter Hinweis auf die medizinischen Berichte - das Vorhandensein von Brückensymptomen für gesichert (act. G 5, Ziff. 3) und entsprechend eine Leistungspflicht aus dem Grundfall für gegeben. 2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Unfall gilt nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person nach einem Unfall Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie

zufolge Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). 2.2 Angesichts der in Erwägung 2.1 aufgeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3). 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, wenn das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht wegedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 119 V 337 E. 1; BGE 127 V 177 E. 3). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 E. 1; BGE 129 V 181 E. 3.1 je mit Hinweisen). 2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges somit durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 461 E. 5a, BGE 127 V 181 E. 3.2 je mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der kumulativ erforderliche adäquate oder rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, deren Beantwortung der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Richter und nicht dem Arzt obliegt (BGE 125 V 461 E. 5a; BGE 129 V 181 E. 3.2 je mit Hinweisen). 2.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt, sobald der Unfall nicht mehr die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt. Der Unfallversicherer hat somit in jenem Zeitpunkt seine Leistungen einzustellen, in welchem der Unfall keine ursächliche Rolle mehr spielt. Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen. Welche Gründe (etwa Krankheit, degenerative Veränderungen, Geburtsgebrechen) für ein nach wie vor geklagtes Leiden verantwortlich zu machen sind, ist an sich unerheblich und ohne weitere Relevanz. Allein entscheidend ist die Frage, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, d.h. dahingefallen sind. Ebenso wenig muss der Unfallversicherer den negativen Beweis erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_17/2007 vom 17. Juni 2008, E. 2.2 mit Hinweisen). 2.5 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die

Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Beim Rückfall handelt es sich um das Wiederaufleben einer vermeintlich geheilten Schädigung. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können (BGE 123 V 138 E. 3a). Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f.)

### **E. 3**

Ein Grundsatz, wonach die Verwaltung oder das Gericht im Zweifel zugunsten der versicherten Person entscheiden müsse, besteht im Sozialversicherungsrecht nicht. Bleibt demnach eine behauptete Tatsache unbewiesen, fällt der Entscheid zuungunsten jener Partei aus, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (Art. 8 ZGB).

### **E. 4**

Der vorliegende Fall wirft die Frage auf, ob die geltend gemachten Beschwerden als Rückfall zum Unfall vom 9. Mai 2012 qualifiziert werden können. Der Beschwerdeführer macht im Weiteren geltend, dass von einer geheilten Schädigung keine Rede sein könne (act. G 1, Ziff. 9; act. G 5, Ziff. 4). Der Beschwerdeführer argumentiert damit im Sinne eines fortdauernden Grundfalls und er bemängelt, dass die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs auf unzutreffende Weise von einem Rückfall ausgegangen sei. Die medizinische Dokumentation zeige, dass eine Heilung nie eingetreten sei, da die neurologischen Beschwerden, unter welchen der Beschwerdeführer leide, seit dem Unfall vom 9. Mai 2012 immer bestanden hätten. Der Behandlungsabschluss per 31. Januar 2013 bedeute keinesfalls eine Heilung, sondern könne heissen, dass man den Heilverlauf abwarten wolle oder Heilungschancen nicht mehr bestehen würden. Wie es sich letztlich mit der Frage verhält, ob im vorliegenden Fall von einem Rückfall oder einem fortdauernden Grundfall auszugehen ist, kann im Hinblick auf die nachfolgenden Erwägungen offen bleiben. Denn die Frage, wer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hat, stellt sich erst, wenn es sich tatsächlich als unmöglich erweist, in Ausübung des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen, was vorliegend - wie nachfolgend zu zeigen ist - nicht zutrifft. Im Übrigen ist entscheidend und hat als unbestritten zu gelten, dass der Beschwerdeführer Versicherungsleistungen erst (wieder) zu Beginn der Heilbehandlung der Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen, d. h. ab Oktober 2013, geltend macht. Die Frage betreffend Brückensymptome bildet sodann nochmals Thema im Rahmen der Frage der Rückfallkausalität. Hinsichtlich der vorgebrachten Beschwerden müssen in die Beurteilung der Frage nach deren natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 9. Mai 2012 weitere Umstände miteinbezogen werden. So bilden Brückensymptome insofern ein mögliches Indiz für eine Kausalität, als sie das Geschehene über das betreffende Intervall hinweg als Einheit zu kennzeichnen vermögen. 4.1 Beim Unfall vom 9. Mai 2012 zog sich der Beschwerdeführer eine commotio cerebri Grad I, eine nicht dislozierte Claviculafraktur im lateralen Drittel rechts, Kniekontusionen beidseits sowie eine Handgelenkskontusion links zu (Suva-act. 7). Der medizinischen Dokumentation lässt sich entnehmen, dass die

somatischen Beschwerden folgenlos abgeheilt sind. Dr. H.\_\_\_\_ berichtet am 1. Oktober 2013 (Suva-act. 65), dass der Beschwerdeführer bei sportlicher Tätigkeit grundsätzlich keiner Einschränkung unterworfen war (vgl. auch act. 56 und 80). Der Patient klagt über vermehrte Müdigkeit nach der Arbeit. Aktuell sei die Lungenfunktion normal; auf Grund verminderter körperlicher Belastbarkeit bei diesem Sportler sei die Situation klinisch dennoch unbefriedigend, was eine Basistherapie mit einem inhalativen Steroid bis Beschwerdefreiheit nach sich ziehe, zudem "wie üblich" eine medikamentöse Therapie vor sportlicher Aktivität (Bricanyl oder Ventolin). Auf Grund der grossen Bedeutung einer möglichst uneingeschränkten körperlichen Belastbarkeit für den Patienten sei eine allergologische Standortbestimmung zur Detektion weiterer Auslöser von Asthma oder rhinokonjunktivalen Beschwerden indiziert (Überweisungsschreiben des Spitals I.\_\_\_\_ an Dr. J.\_\_\_\_, Suva-act. 65). Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 6. November 2013 über einen seit der letzten Konsultation Ende August 2013 unproblematischen Verlauf. Der Patient sei subjektiv uneingeschränkt belastbar, habe keine Atembeschwerden mehr, auch nicht bei maximaler sportlicher Intensität. Den Wettkampf des Vortages habe er ohne Probleme und mit zufriedenstellendem Ergebnis absolviert. Er habe keine asthmatischen Beschwerden mehr. Eine regelmässige Basistherapie sei nicht notwendig (Bericht des Spitals I.\_\_\_\_ vom 6.11.2013, Suva-act. 69).

4.2 Es ist vorliegend zu prüfen, ob die noch geklagten neuropsychologischen Beschwerden (Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Ablenkbarkeit) überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 9. Mai 2012 bzw. der dabei erlittenen commotio cerebri stehen. Der Beschwerdeführer bestreitet die von der Beschwerdegegnerin eingenommene Position, die das Vorliegen der natürlichen Kausalität zwischen Restbeschwerden und Unfall verneint.

4.3 Die Frage der natürlichen Kausalität der geklagten neuropsychologischen Beschwerden gemäss Schadenmeldung (Suva-act. 42) ist anhand der medizinischen Berichte zu prüfen und zu beantworten (BGE 118 V 289 E. 1b). Der Austrittsbericht vom 10. Mai 2012 des Spitals C.\_\_\_\_ informiert über Diagnose (Schädelhirntrauma I, nicht dislozierte Claviculafraktur im lateralen Drittel rechts, Handgelenkskontusion links) und Therapie. Die 24-stündige neurologische Überwachung sei ohne Komplikationen verlaufen, und der Patient sei am Folgetag, 10. Mai 2012, nach Hause entlassen worden mit Analgesie bei Bedarf und der Empfehlung, starke visuelle Reize für 7 Tage zu vermeiden und sich körperlich zu schonen. Die Arbeitsfähigkeit betrage 0 % vom 9. bis 20. Mai 2012. Der behandelnde Allgemeinmediziner Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 13. Juni 2012 über einen neurologisch absolut unauffälligen und kognitiv einwandfreien Patienten. Eine commotio bestehe mit Sicherheit nicht mehr. Der Patient sei zunächst beschwerdefrei gewesen. Zurück im Alltag habe er raschere Kopfschmerzen nuchal verspürt, sowie Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Die Beschwerden seien im Rahmen eines Nacken-Schultersyndroms bei Status nach Sturz, Commotio und Schulterverletzung zu interpretieren, die mit Physiotherapie anzugehen seien. Es bestehe volle Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 23). Am 25. Juni 2012 hat der Beschwerdeführer seine Arbeit wieder aufgenommen (Suva-act. 25). Dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2012 (act. G 1.3; Dokument liegt nicht bei den Beilagen der Suva, und ging bei der Beschwerdegegnerin erst am 24. März 2014 ein) lässt sich entnehmen, dass sich der Patient am 12. Juli 2012 mit Beschwerden, die als postcommotionelles Syndrom bezeichnet werden könnten, mit reduzierter Belastbarkeit, erhöhter Irritierbarkeit durch äussere Reize, reduzierter Konzentrationsfähigkeit und erhöhtem Schlafbedürfnis präsentierte. In den vorangegangenen Wochen sei es zu einer deutlichen Besserung gekommen, sodass von

einem natürlichen Heilverlauf gesprochen werden könne. Vordringlich sei die konsequente Beachtung der Belastungsgrenzen sowohl bezüglich der körperlichen als auch der geistigen Belastung mit ausreichenden Erholungszeiten. Sollten sich Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit bis August 2012 nur ungenügend bessern, sei ein kognitives Training im Rahmen einer Ergotherapie indiziert. Sollten wieder vermehrte und stärkere Kopfschmerzattacken auftreten, wäre eine konsequente Kopfschmerztherapie indiziert; aus neurologischer Sicht bestünden keine weiteren Therapieempfehlungen.

4.4 Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin am 2. September 2012 mit, dass die ärztliche Behandlung noch nicht abgeschlossen sei. Er verspüre noch Kopfschmerzen bei Sonnenschein und kopflastiger Arbeit. Eine nächste Konsultation beim behandelnden Neurologen Dr. F.\_\_\_\_ sei nicht vereinbart (Suva-act. 29). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 13. November 2012 diagnostizierte Dr. G.\_\_\_\_ ein postcommotionelles Syndrom bei commotio cerebri nach Velounfall am 9. Mai 2012. Er berichtete von einer deutlichen Besserung bis Juli 2012 sowie einer guten Prognose. Es finde keine spezifische Behandlung statt; es sei der Spontanverlauf abzuwarten unter Einhalten der Belastungsgrenze. Weitere Konsultationen seien nicht geplant und würden bei Bedarf stattfinden. Die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % sei am 25. Juni 2012 vorgesehen gewesen mit Zuweisung geeigneter Arbeit beim Betrieb je nach Verlauf. Es sei nicht mit einem bleibenden Nachteil zu rechnen (Suva-act. 35). Am 31. Januar 2013 teilte der Beschwerdeführer der Suva schriftlich mit, dass die ärztliche Behandlung abgeschlossen sei (Suva-act. 37).

4.5 Der Ergotherapeut K.\_\_\_\_ teilte am 14. Oktober 2013 der Suva telefonisch mit, dass Dr. G.\_\_\_\_ ihm den Beschwerdeführer wegen Konzentrationsproblemen zur ergotherapeutischen Behandlung überwiesen habe (Suva-act. 38). Daraufhin verlangte die Suva beim Beschwerdeführer mit Schreiben vom 14. Oktober 2013 eine Rückfallmeldung (Suva-act. 41). Die Schadenmeldung UVG bei Rückfall vom 4. November 2013 mit Rückfalldatum 5. September 2013 erwähnt Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten, die "gemäss Arzt" (gemeint ist wohl Dr. G.\_\_\_\_) auf den Unfall vom 9. Mai 2012 zurückzuführen sein sollen (Suva-act. 42). Mit Schreiben vom 6. November 2013 (Suva-act. 45) ersuchte die Suva Dr. G.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit dem Rückfall vom 5. September 2013 um ein Arzzeugnis. Mit Arzzeugnis UVG für Rückfall vom 12. November 2013 (Suva-act. 46) hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer seit dem Velounfall vom 9. Mai 2012 gemäss eigenen Angaben eine reduzierte kognitive Belastbarkeit aufweise. Der Patient leide an einem postcommotionellen Syndrom mit reduzierter Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer. Objektiv seien keine fokalen neurologischen Defekte festzustellen. Die neuropsychologische Untersuchung sei noch ausstehend. Er habe dem Patienten Ergotherapie (kognitives Training) verordnet. Der Patient sei seit 25. Juni 2012 nicht mehr arbeitsunfähig. Es gebe keine besonderen Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten. Der Behandlungsabschluss sei nicht absehbar. Die neuropsychologischen Auffälligkeiten bezeichnete Dr. G.\_\_\_\_ als geringfügig (Suva-act. 56).

4.6 Am 29. November 2013 wurde der Beschwerdeführer im Rahmen der Abklärungen der Rückfallkausalität durch die Beschwerdegegnerin im Auftrag ihres Versicherungsärztlichen Dienstes einer MRI-Untersuchung unterzogen (Suva-act. 47, 48 und 51). Das MRI des Schädels ergab einen altersentsprechend unauffälligen Befund; es waren keine posttraumatischen interzerebralen Veränderungen abgrenzbar (MRI-Befund des Spitals C.\_\_\_\_, Suva-act. 52). Dr. G.\_\_\_\_ berichtete in der Folge am 3. Januar 2014 (Suva-act. 56) nach den Verlaufskontrollen vom 5. Dezember 2013 sowie 31. Dezember 2013 von einer anamnestisch seit Frühjahr 2013 stagnierenden Situation. Der Patient habe

nur noch selten Kopfschmerzen, und dementsprechend habe er in den letzten Monaten keine Schmerzmittel benötigt. Hauptproblem seien eine stark störende Ablenkbarkeit bei der Arbeit, eine Unkonzentriertheit, eine Verlangsamung beim Reden, Gedächtnisprobleme und Wortfindungsstörungen. Er fühle sich in der Schule zwar müde, die Schulnoten hätten jedoch nicht darunter gelitten. Seit Sommer 2013 finde eine ergotherapeutische Behandlung statt. Die neuropsychologische Untersuchung vom 31. Dezember 2013 habe eine leicht verlangsamte visuo-verbale Interferenzunterdrückung und reduzierte inhibitorische Kontrolle (grenzwertiger Befund) bei im Übrigen unauffälligem bis sehr gutem Ergebnis ergeben. Dr. G. \_\_\_ beurteilte diese kleineren Auffälligkeiten bei ansonsten normalen bis sehr guten Befunden als Folge des Schädelhirntraumas, welche die seither im Alltag erlebten Probleme erkläre. Bei der Beurteilung und beim Vorschlag zum weiteren Vorgehen wies Dr. G. \_\_\_ darauf hin, dass das Hauptproblem weiterhin eine erhöhte Ablenkbarkeit mit reduzierter Konzentrationsfähigkeit bei der Arbeit sei. 1 ½ Jahre nach dem Unfall müsse noch nicht der Endzustand erreicht sein, sodass in den darauffolgenden 12 bis 18 Monaten noch eine weitere Besserung möglich sei. Es sei deshalb zu empfehlen, die bereits aufgenommene kognitive Therapie im Rahmen der Ergotherapie fortzuführen. Sollte allerdings bis Ende 2014 oder spätestens Sommer 2015 keine signifikante Besserung eintreten, wäre wohl von einem Residuum nach Schädelhirntrauma auszugehen und dementsprechend auch die berufliche Zukunft zu planen (Umschulung auf eine adäquate bzw. der Behinderung angepasste Tätigkeit; Suva-act. 56). Dr. M. \_\_\_, Versicherungsmedizin der Suva, dem nach Durchführung des MRI sowie der neuropsychologischen Untersuchung das Dossier zur Stellungnahme unterbreitet wurde, hielt am 13. Januar 2014 fest, dass die Frage nach dem Rückfall von den ärztlichen Kollegen der Neurologie zu beurteilen sei; seines Erachtens sei die Rückfallkausalität bei fehlenden traumatisch bedingten Läsionen im MRI mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr gegeben (Suva-act. 57).

#### **E. 5**

Die neurologische Beurteilung durch Dr. N. \_\_\_ vom 16. Januar 2014 (Suva-act. 59) weist darauf hin, dass die reduzierte Konzentrationsfähigkeit sowie Ausdauer zur Rückfallmeldung geführt haben. Diese Beschwerden seien mittels Schädel-MRI sowie neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen abgeklärt worden. Das MRI habe keine Hinweise auf unfallbedingte Veränderungen ergeben. Aus neurologischer und versicherungsmedizinischer Perspektive sei festzustellen, dass eine unfallbedingte organische Grundlage der geklagten Befunde nicht nachweisbar ist. Ohne den Nachweis einer unfallbedingten substantiellen Hirnverletzung könnten die zum "Rückfall" (wohl: zur Schadenmeldung) führenden und grundsätzlich unspezifischen Beschwerden des Beschwerdeführers nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal auf den Unfall vom 9. Mai 2012 zurückgeführt werden; dies im Gegensatz zum Bericht vom 3. Januar 2014, in welchem Dr. G. \_\_\_ zum Schluss gekommen sei, dass die verlangsamte visuo-verbale Interferenzunterdrückung sowie die grenzwertig reduzierte inhibitorische Kontrolle und die damit einhergehende Diagnose eines postcommotionellen Syndroms in kausalem Zusammenhang zum Unfall vom 9. Mai 2012 stehen würden (Suva-act. 59).

#### **E. 6**

Der Beschwerdeführer rügt, dass sich die Verneinung des natürlichen Kausalzusammenhangs durch die Beschwerdegegnerin ausschliesslich auf die

neurologische Beurteilung der Versicherungsmedizin der Suva vom 16. Januar 2014 (Suva-act. 59) stütze (act. G 1, Ziff. 3). Dieser sei jedoch der Beweiswert abzusprechen. Abgestützt werden könne hingegen auf die Berichte des behandelnden Arztes Dr. G.\_\_\_\_. Diese Rüge ist unbegründet, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen.

6.1 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Aktengutachten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt werden und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 352 E. 3).

6.2 Zunächst ist festzustellen, dass der neurologische Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2014 alle vorhandenen medizinischen Berichte und Stellungnahmen, somit auch diejenigen von Dr. G.\_\_\_\_, berücksichtigt und auf einer von Letzterem in Auftrag gegebenen und von O.\_\_\_\_ AG durchgeführten MRI-Untersuchung beruht. Der im Einspracheverfahren eingereichte Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2012 konnte die Beschwerdegegnerin zwar erst im Rahmen der Einsprache würdigen. Wie die nachfolgenden Ausführungen (Erw. 7.1) zeigen, führt jedoch die Berücksichtigung dieses Berichts dem medizinischen Sachverhalt keine neuen Elemente bei, insbesondere keine solchen, die zu einer andersgearteten Schlussfolgerung führen würden. Im Weiteren ist der Bericht vom 16. Januar 2014 umfassend, schlüssig und nachvollziehbar; es lassen sich zudem keine Widersprüche und keine Befangenheit erkennen. Führen die Abklärungen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung das Gericht zur Überzeugung, dass ein bestimmter Sachverhalt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zutrefte und weitere Beweismassnahmen an diesem Ergebnis nichts mehr zu ändern vermögen, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Darin ist kein Verstoss gegen die Gewährung des rechtlichen Gehörs gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) und Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) zu erblicken (BGE

122 V 162 E. 1d, BGE 124 V 94 E. 4b; Urteil des Bundesgerichts 8C\_270/2011 vom 28. Juli 2011 E. 2.1). Dem Eventualantrag des Beschwerdeführers, es sei die Frage nach der natürlichen Kausalität durch ein neutrales Gutachten zu klären, wird demnach nicht entsprochen.

#### **E. 7**

Der Beschwerdeführer rügt die neurologische Beurteilung der Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin: Diese halte fest, die wissenschaftlich medizinische Literatur liefere keine zuverlässige Evidenz, dass über 12 Monate nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung (LTHV) bestehende kognitive Beschwerden kausal auf die LTHV zurückgeführt werden können. Als medizinische Literatur sei in erster Linie eine Studie aufgeführt, bei welcher bei einer Gruppe von 350 Befragten mit und ohne LTHV in der Vorgeschichte festgestellt worden sei, dass ein persistierendes postcommotionelles Syndrom nicht spezifisch für eine LTHV sei. Die Kausalitätsproblematik sei im Aufsatz *Comotio cerebri – leichte traumatische Hirnverletzung* (2007) von Sönke Johannes, Rehaklinik Bellikon, und Rita Schassmann, Leiterin Kompetenzzentrum VMG der Suva, behandelt. Danach werde das postcommotionelle Syndrom kontrovers diskutiert, und seine Definition sei schwierig, da die Symptome unspezifisch seien und auch in gesunden Populationen, bei Traumatopatienten ohne vorgängige Hirnverletzung sowie bei anderen akuten oder chronischen Erkrankungen auftreten könnten. Der Beschwerdeführer weist darauf hin, dass der Hinweis auf die erwähnten Schwierigkeiten und auf wissenschaftliche Literatur und Studien die Beschwerdegegnerin nicht davor entbinde zu prüfen, ob im konkreten Fall eines Verunfallten mit LTHV eine überwiegende Wahrscheinlichkeit bestehe, dass lange andauernde Beschwerden noch auf den Unfall zurückzuführen seien und die anderen Möglichkeiten (postcommotionelles Syndrom bei Gesunden, als Folge eines Unfalles ohne Hirnverletzung oder als Folge einer Krankheit) faktisch ausgeschlossen werden könnten. Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, die Wahrscheinlichkeiten der erwähnten Möglichkeiten zu klären, und habe damit die entsprechende, sich aus der *Offizialmaxime* ergebende Pflicht verletzt. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Beurteilung allein auf die (nach Meinung des Beschwerdeführers unvollständigen) medizinischen Berichte gestützt, ohne dass der Beschwerdeführer von einem Kreisarzt der Beschwerdegegnerin befragt und untersucht worden sei. Zudem habe die Beschwerdegegnerin vom behandelnden Neurologen keinen ausführlichen Bericht über die damalige Behandlung unmittelbar nach dem Unfall vom 9. Mai 2012 eingeholt, was der Beschwerdeführer nun mit dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2012 nachgeholt habe (act. G 3, Suva-act. 70). 7.1 Soweit der Beschwerdeführer die Meinung vertritt, dass die Beschwerdegegnerin ihrer Pflicht, den Sachverhalt umfassend zu klären, nicht nachgekommen sei, ist dieser Einwand nicht stichhaltig. Der Beschwerdeführer hält unter Hinweis auf den nicht in den Suva-Akten vorhandenen medizinischen Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2012 fest, dass der Neurologe Dr. N.\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung nicht im Besitz aller relevanten medizinischen Akten gewesen sei. Es fällt zunächst auf, dass der Bericht vom 16. Juli 2012 den Eingangsstempel vom 24. März 2014 trägt. Es fragt sich, warum Dr. G.\_\_\_\_, der von der Beschwerdegegnerin am 6. November 2013 (Suva-act. 45) aufgefordert wurde, das Arztzeugnis UVG auszufüllen, den vorexistierenden, von ihm stammenden Bericht vom 16. Juli 2012 unerwähnt lässt. Der Beschwerdegegnerin (act. G 3, Ziff. 5.5) ist jedenfalls beizupflichten, dass die Berücksichtigung des erst im Einspracheverfahren vom Beschwerdeführer eingereichten Berichtes vom 16. Juli 2012 im Rahmen der neurologischen Beurteilung durch Dr. N.\_\_\_\_ zu keinem anderen Ergebnis

geführt hätte. Gemäss Bericht vom 16. Juli 2012 hat Dr. G.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer erstmals am 12. Juli 2012 untersucht. Vor dieser Zeit wurde der Beschwerdeführer in der Klinik E.\_\_\_\_, durch Dr. P.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, sowie durch Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, betreut. Ihre Berichte wurden eingeholt und liegen in den Akten (Suva-act. 20, 22, 23, 34). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 13. November 2012 (Suva-act. 35) bescheinigt Dr. G.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine deutliche Besserung bis Juli 2012 und die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % seit 25. Juni 2012. Der Zwischenbericht erwähnt den Bericht vom 16. Juli 2012 nicht. Darin berichtet Dr. G.\_\_\_\_, dass der Patient 3x wöchentlich trainiere, wobei dies keine Kopfschmerzen provoziere. Der Neurostatus präsentierte sich ohne Auffälligkeiten (Suva-act. 70). Vor der neurologischen Beurteilung durch Dr. N.\_\_\_\_ hat die Beschwerdegegnerin ein MRI sowie das Einholen eines Berichtes des behandelnden Neurologen Dr. G.\_\_\_\_ veranlasst (Suva-act. 48, 57 und 58). Eine Befragung oder Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. N.\_\_\_\_ ist zwar nicht erfolgt. Da jedoch bereits ein klarer Befund vorlag, ist nicht zu beanstanden, dass es sich beim neurologischen Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ um ein reines Aktengutachten handelt (Urteil des Bundesgerichts U 181/06 vom 21. Juni 2007 E. 2.3).

7.2 Zusammenfassend und entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann der Beschwerdegegnerin nicht der Vorwurf gemacht werden, sie habe den Sachverhalt nicht umfassend abgeklärt. Es trifft zwar zu, dass die neurologische Beurteilung durch Dr. N.\_\_\_\_ auf eine Studie zur Problematik des postcommotionellen Syndroms im Zusammenhang mit einer LTHV verweist. Es ist jedoch nicht richtig, dass Dr. N.\_\_\_\_ seine Schlussfolgerungen "allein" auf die Ergebnisse dieser Studie (act. G 1, Ziff. 3) bzw. seine Meinung "primär auf Literatur und Studien" (act. G 1, Ziff. 7) stützt. Vielmehr hat Dr. N.\_\_\_\_ wie gesagt alle vorhandenen medizinischen Berichte sowie das gemäss seiner Empfehlung veranlasste MRI herangezogen. In seiner Beurteilung erwähnt Dr. N.\_\_\_\_ die Ergebnisse dieser Studie bloss als zusätzliches Argument zur Untermauerung der Schlussfolgerungen. Würde man die Hinweise auf die Studie und auf die Literatur weglassen, so würde sich am Ergebnis nichts ändern.

7.3 Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin am 31. Januar 2013 mit, dass die Behandlung abgeschlossen sei (Suva-act. 37). Darauf basierend schloss die Suva den Fall mit Wirkung per 31. Januar 2013. Ausserdem war der Beschwerdeführer seit 25. Juni 2012 ununterbrochen 100 % arbeitsfähig. Ab Januar 2013 bis zur Meldung des Rückfalls am 4. November 2013 fand keine weitere Behandlung mehr statt. Die Schulnoten litten nicht unter Restbeschwerden des Unfalls, und der Beschwerdeführer konnte im Sommer 2014 die Lehre erfolgreich abschliessen. Bereits im Jahre 2012 hatte der Beschwerdeführer das Training nach kurzem Unterbruch wieder aufgenommen und mit gutem Erfolg an Wettbewerben teilgenommen. Von Brückensymptomen kann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G 1 Ziff. 9) nicht die Rede sein.

7.4 Der Beschwerdegegnerin ist auch bezüglich der Annahme des Zeitpunkts des Fallabschlusses beizupflichten. Zwar berichtet Dr. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. Januar 2014, dass der Endzustand eineinhalb Jahre nach dem Unfall "nicht erreicht sein müsse", so dass in den darauffolgenden 12-18 Monaten durchaus noch eine weitere Besserung "möglich" sei. Die bereits aufgenommene kognitive Therapie im Rahmen der Ergotherapie sei deshalb fortzuführen. Dr. G.\_\_\_\_ hält damit eine Besserung für möglich, nicht aber für überwiegend wahrscheinlich. Wie das bisher Gesagte gezeigt hat, wäre ausserdem die für möglich gehaltene Verbesserung der Restbeschwerden nicht wie vom Bundesgericht gefordert von namhafter Natur. Die namhafte Besserung beurteilt sich nämlich primär nach der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Eine Besserung im

vorliegend zu beurteilenden Fall ist deshalb nicht mehr möglich, weil der Beschwerdeführer seit 25. Juni 2012 voll arbeitsfähig ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_467/2008 vom 4. November 2008 E. 5.2; BGE 134 V 109 E. 11). Gestützt auf die Aktenlage ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass Ende Januar 2013 keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mit der Aussicht auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit mehr vorlag und allfällige später durchgeführte Behandlungsmassnahmen lediglich der Schmerzlinderung und Aufrechterhalten des erreichten Zustands dienten. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_467/2008 vom 4. November 2008 E. 5.2.2.2). Es genügt für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. A. Bern 1989, 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus einem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005, Nr. U 557, S. 388). Für die Bejahung des medizinischen Endzustands wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (vgl. Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. A., S. 145). Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG - als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung (BGE 134 V 109) - auf Ende Januar 2013 an. 7.5 Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin vorwirft, sie übersehe, dass er vom Unfalltag bis heute durchgehend an identischen und persistierenden neurologischen Beschwerden leide; eine vollständige Heilung sei nie eingetreten. Er sei prätraumatisch völlig gesund gewesen (act. G 1, Ziff. 5 f.). Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer an Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen leidet, unabhängig davon, ob dieses Beschwerdebild dem medizinisch umstrittenen Beschwerdebild eines postcommotionellen Syndroms zuzuordnen ist. Massgebend ist die Frage, ob diese Beschwerden als in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 9. Mai 2012 stehend angesehen werden können. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer die besagten Beschwerden nach seinen Angaben erst nach dem Unfall entwickelt hat, lässt nicht den Schluss zu, dass diese überwiegend wahrscheinlich kausal auf den Unfall zurückzuführen sind. Dies wäre im Lichte des Grundsatzes post hoc ergo propter hoc ein unzulässiger Schluss auf die Unfallkausalität der geltend gemachten Beschwerden (BGE 119 V 341 E. 2b/bb). Ebenso wenig lässt sich sagen, es sei völlig undenkbar, dass der Beschwerdeführer auch ohne den Unfall vom 9. Mai 2012 an neurologischen Beschwerden leiden würde (act. G 1, Ziff. 6). So lässt sich den medizinischen Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall alle 2-3 Monate an Kopfschmerzen der Stärke 5-6/10 mit deutlicher Lärmempfindlichkeit gelitten hatte. Ausserdem hatte er 2006 bis 2010 gehäuft an Kopfschmerzen gelitten, mit Attacken bis zur Stärke 7/10 (Suva-act. 70; vgl. auch Suva-act. 23, Eintrag vom 16. März 2012). Auch für das Vorliegen einer Teilursache im Sinne von Art. 36 UVG besteht kein rechtsgenügender Beweis. Art. 36 Abs. 1 UVG setzt nämlich voraus, dass die unfallbedingte Teilursache in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit der fraglichen Gesundheitsschädigung steht. 7.6 Der

Beschwerdeführer hat zur Untermauerung des Standpunktes seiner Beschwerde Berichte von ihm nahestehenden Personen beigelegt. Es ist der Suva beizupflichten, dass diesen Berichten mit Bezug auf die Unfallkausalität der geklagten Beschwerden kein Beweiswert zukommt. Vielmehr handelt es sich um Beobachtungen, Eindrücke und Schlussfolgerungen, die eher einer laienhaften Meinung entsprechen als einer fundierten fachlichen Berichterstattung. Auf der Basis dieser Berichte lassen sich keine Kausalitätsfragen beantworten.

## **E. 8**

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den vorgebrachten neuropsychologischen Beschwerden und dem Unfall vom 9. Mai 2012 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden kann. 8.1 Der Prüfung der rechtserheblichen Kausalität zwischen einem Unfall und einem Gesundheitsschaden kommt bei gesundheitlichen Beschwerden und damit verbundener Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, die sich durch organische Unfallfolgen nicht oder nicht hinreichend oder höchstens teilweise erklären lassen, eine eigenständige Bedeutung zu (BGE 134 V 109 E. 2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_746/2008 vom 17. August 2009 E. 3.). Bei psychisch bedingten Schmerzsyndromen erfolgt die Adäquanzprüfung unter Ausschluss psychischer Aspekte nach den in BGE 115 V 133 aufgestellten Kriterien (Urteile des Bundesgerichts 8C\_746/2008 vom 17. August 2009 E. 3, und 8C\_806/2009 vom 15. Januar 2009 E. 2.). Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer durch den fraglichen Unfall ein Schädelhirntrauma (commotio cerebri, d.h. milde traumatische Hirnverletzung) erlitten hat, das den Schweregrad einer contusio cerebri nicht erreicht und bildgebend kein klar fassbares, unfallbedingtes Korrelat findet, welches die geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinreichend zu erklären vermag. Demnach ist der adäquate Kausalzusammenhang rechtsprechungsgemäss nicht nach den Regeln der Schleudertrauma- (BGE 134 V 209 E. 10 mit Hinweisen), sondern nach denjenigen der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_270/2011 vom 28. Juli 2011 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_476/2007 vom 4. August 2008 E. 4). 8.2 . Das ist vorliegend der Fall, da bildgebend (MRI vom 29. November 2013) kein klar fassbares, unfallbedingtes Korrelat für die vorgebrachten Beschwerden festgestellt werden konnte. Inwiefern in diesem Zusammenhang von weiteren Abklärungen zum medizinischen Sachverhalt zusätzliche Erkenntnisse zu erwarten sind, wird in der Beschwerde nicht begründet und ist auch nicht ersichtlich, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; Urteil des Bundesgerichts 8C\_270/2011 vom 28. Juli 2011 E. 2; BGE 124 V 90 E. 4b). Der Beschwerdeführer hält zwar die Anwendung der Psycho-Praxis auf den vorliegenden Fall für nicht korrekt, da er nicht unter psychischen Beschwerden leide und nicht in psychiatrischer Behandlung sei, und plädiert für die Anwendung der allgemeinen Adäquanzformel. Dieser Ansicht kann jedoch nicht gefolgt werden. Das Vorliegen eines Schädelhirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte, subsumiert werden, rechtfertigt wie dargelegt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen einer commotio und einer contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (Urteil des EVG U 6/03 vom 6. Mai 2003). Die Schwere eines Schädelhirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhält der Patient für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnung, Reaktion auf Schmerzreize und sprachliche Äusserungen)

eine Anzahl von Punkten, welche zum Schluss addiert werden. Der schlechteste Wert beträgt 3, der beste 15. Von einem leichten Schädelhirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262 Aufl. Berlin 2010, S. 260 zum Begriff "Bewusstseinsstörung", S. 1839 zu "Schädelhirntrauma"; Urteil des EVG U 276/04 vom 13. Juni 2005 E. 2.2.1. f., mit Hinweisen auch auf einschlägige medizinische Literatur). Der medizinischen Dokumentation lassen sich über einen GCS-Wert zeitnah zum Unfall keine Informationen entnehmen. Da jedoch bei Eintritt im Spital C.\_\_\_\_ am Unfalltag ein unauffälliger neurologischer Status festgehalten wurde und zudem die 24-stündige neurologische Überwachung unauffällig war (Suva-act. 59, S. 4), lassen sich im Ergebnis keine Hinweise für einen reduzierten GCS-Wert feststellen. Schliesslich ist anhand der medizinischen Berichte von einem Schädelhirntrauma Grad 1 auszugehen (Suva-act. 11, 18 und 47). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Adäquanzprüfung nach der sog. Psychopraxis (BGE 115 V 133) zu erfolgen hat.

8.3 Bei der Beurteilung der Adäquanz ist zunächst ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften die Schwere des Unfalls zu bestimmen. Nicht massgebend sind hingegen die Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuordenbaren Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_746/2008 vom 17. August 2009 E. 5.1).

8.3.1 Der Beschwerdeführer kollidierte als Lenker eines Rennvelos mit einem entgegenkommenden linksabbiegenden Personenwagen. Die Geschwindigkeit des Personenwagens soll gemäss Polizeiprotokoll ungefähr 20 km/h betragen haben. Der Personenwagen wies Kratzspuren auf der Fahrzeugfront auf; er war noch fahrbar. Die Lenkstange des Velos war verbogen und die Vordergabel gestaucht (Polizeirapport vom 26. Juni 2012, Suva-act. 33, S. 2 f.). Auf Grund des augenfälligen Unfallgeschehens ist dieser Unfall der Kategorie der mittelschweren Unfälle mit Tendenz zu den leichten Unfallereignissen zuzuordnen. Zu beachten ist, dass es sich nicht um eine Frontalkollision handelte und dass die Geschwindigkeit des Personenwagens mit 20 km/h vergleichsweise gering war. Über die Geschwindigkeit des Velos im Zeitpunkt des Aufpralls bestehen keine Angaben.

8.3.2 Bei den im mittleren Bereich zu situierenden Unfällen lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Solche unfallbezogenen Umstände können als Beurteilungskriterien dienen, weil sie ihrerseits nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, in Verbindung mit dem Unfall zu einer psychischen Erwerbsunfähigkeit zu führen oder diese zu verstärken. Als wichtigste der abhängig von der Unfallschwere in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehenden Kriterien gelten nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 115 V 140 E. 6c): Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;

körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Zwar ist es nicht erforderlich, sämtliche objektive Kriterien in die Gesamtwürdigung einzubeziehen. Bei einem Unfall im mittleren Bereich kann ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien erfüllt sein, damit eine Leistungspflicht des Unfallversicherers bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 115 V 140, BGE 124 V 44 E. 5c, Urteil des Bundesgerichts 8C\_806/2009 vom 15. Januar 2010, E. 4.1.1.).

### 8.3.3 Keines der obenerwähnten Merkmale ist vorliegend erfüllt. Beim Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls geht es um Umstände, die von einem objektiven Standpunkt aus als geeignet erscheinen, bei der betroffenen Person während dem Unfallgeschehen oder danach psychische Abläufe zu bewirken, die an den darauffolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dem vorliegend zu beurteilenden Geschehen kann eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abgesprochen werden, kollidierte doch der Beschwerdeführer als Velolenker mit einem Personenwagen. Es sind gleichwohl keine Umstände erkennbar, die eine besondere Dramatik der Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls rechtfertigen würden. Betreffend Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen ist darauf hinzuweisen, dass die erlittenen Verletzungen (commotio cerebri, Schlüsselbeinbruch, Kniekontusion, Handgelenkkontusion) nicht von solcher Schwere sind, dass sie geeignet wären, psychogene Störungen auszulösen. Auch das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist zu verneinen. Der Beschwerdeführer wurde bereits am Tag nach dem Unfall nach Hause entlassen und es folgte eine konservative Behandlung von relativ kurzer Dauer. Ebenfalls von kurzer Dauer war die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit, die bis 24. Juni 2012 dauerte. Von körperlichen Dauerschmerzen kann deshalb nicht die Rede sein, weil der Beschwerdeführer selber am 31. Januar 2013 der Suva mitteilte, dass die Behandlung abgeschlossen sei; eine spezifische fortgesetzte ärztliche Behandlung der Restbeschwerden vom Unfalldatum bis zur Rückfallmeldung hat nicht stattgefunden. Dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2012 lässt sich entnehmen, dass es bereits nach dem Unfall zu einer deutlichen Besserung gekommen ist, so dass von einem natürlichen Heilungsverlauf ausgegangen werden kann. Es ist nicht abwegig anzunehmen, dass der natürliche Heilungsverlauf Ende Januar 2013 zum Behandlungsabschluss geführt hat, wie dies die Beschwerdegegnerin getan hat. Entsprechend finden sich in den medizinischen Berichten keine Anhaltspunkte für einen schwierigen Heilungsverlauf bzw. Komplikationen. Dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2014 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer nur noch selten Kopfschmerzen verspüre und dementsprechend in den vergangenen Monaten auf die Einnahme von Schmerzmitteln verzichten konnte. Die Schulnoten hätten trotz der geklagten Müdigkeit nicht gelitten, und die Lehrabschlussprüfung sei wie geplant im Sommer 2014 vorgesehen. Den Akten lässt sich ausserdem entnehmen, dass der Beschwerdeführer als Sportler gute Leistungen erbringt. Es finden sich zusammenfassend keine Anhaltspunkte für die Erheblichkeit der geltend gemachten Beschwerden. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung kann ebenfalls nicht die Rede sein, und das Kriterium betreffend Arbeitsunfähigkeit ist ebenso wenig erfüllt, ist doch der Beschwerdeführer seit 25. Juni 2012 wieder voll arbeitsfähig. Die

Arbeitsunfähigkeit war demnach von bloss kurzer Dauer. 8.3.4 Zusammenfassend ist festzustellen, dass keines der erwähnten Adäquanzkriterien erfüllt ist, womit die Adäquanz der geklagten Beschwerden mit dem Unfall vom 9. Mai 2012 nicht gegeben ist. Da sowohl die natürliche als auch die adäquate Kausalität nach dem Gesagten zu verneinen ist, erübrigt sich die Prüfung des Anspruchs auf die gesetzlichen Leistungen (Art. 10 UVG, Art. 16 f. UVG, Art. 21 UVG). Die Kosten einer allfälligen Heilbehandlung hat nach dem Gesagten die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen, die vorliegend die Verfügung der Suva nicht angefochten hat. 9. Nach dem Gesagten ist der Einspracheentscheid der Suva nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Prozessausgang besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 98 bis des Verwaltungsverfahrensgesetzes [VRP; SGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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