

SO_GERICHTE VSBES.2016.170 vom 17. Mai 2016

SO Obergericht, 2016-05-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.170

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.170 du 17 mai 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.170 del 17 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

In Aufhebung des angefochtenen Entscheides seien dem Beschwerdeführer auch über den 19. August 2014 hinaus die Heilungskosten und Taggelder zu erbringen;

E. 2

mit Eintreten des medizinischen Endzustandes sei die Zusprechung einer Invalidenrente sowie einer Integritätsentschädigung an den Beschwerdeführer zu prüfen;

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 5.1). 3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der

Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 UVG S. 55, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_352/2015, 8C_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1). 3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2015 vom 22. September 2015 E. 3.2). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheids – vorliegend bis 17. Mai 2016 – mitzubersichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen). 4. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für das sich am 13. September 2013 zugetragenere Ereignis mit Einspracheentscheid vom 17. Mai 2016 (A.S. 1 ff.) zu Recht per 19. August 2014 eingestellt hat. 5. Aufgrund der vorliegenden Akten ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 13. September 2013 mit dem Fahrrad stürzte und sich dabei Verletzungen am Schädel/Hirn und an der rechten Hand zuzog (vgl. AXA-A-Nr. 1). 6. Es stellt sich zunächst die Frage, ob es sich bei den beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers um einen Rückfall gemäss Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung [UVV, SR 832.202] i.V.m. Art. 10 UVG handelt. Gestützt auf die vorliegenden Akten ist zwar davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin den Grundfall nie formell (mit einer entsprechenden Verfügung) abgeschlossen hatte. So findet sich in den Akten einzig das Schreiben des Neurologen Dr. med. B.____ vom 29. September 2014 (AXA-M-Nr. 15), der aufgrund der Konsultation des Beschwerdeführers vom 19. August 2014 festhielt, dieser habe während den Sommerferien eine Weile keine Kopfschmerzen gehabt, erneut habe er wieder etwas mehr. Der Arbeitseinsatz des Beschwerdeführers betrage 80 %, was soweit gut gehe. Ferner wies Dr. med. B.____ darauf hin, dass die Behandlung bei ihm mit diesem Datum (19. August 2014) abgeschlossen worden sei. Da in der Folge bis zur Kontrolle der Pneumonie vom 24. April 2015 bei Dr. med. C.____, in dessen Rahmen der Beschwerdeführer über tagelange Kopfschmerzen parietal klagte, keine weiteren medizinischen Berichte dokumentiert sind, welche auf persistierende Kopfschmerzen hinweisen, und Dr. med. B.____ mit Schreiben vom 15. Mai 2015 bestätigte, den Beschwerdeführer zwischen dem 19. August 2014 und dem 27. April 2015 nicht gesehen zu haben (vgl. AXA-M-Nr. 21), standen während ungefähr acht Monaten keine Leistungen der Beschwerdegegnerin mehr zur Diskussion. Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer während diesem behandlungsfreien Intervall nicht unter wesentlich einschränkenden Kopfschmerzen gelitten hat bzw. keine Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteile des Bundesgerichts 8C_185/2008 vom 17. Dezember 2008 E. 4.3, 8C_433/2007 vom 26. August 2008 E. 2.3 mit Hinweisen, 8C_522/2013 vom 23. September 2013 E. 3.2).

Jedenfalls scheinen die beklagten Kopfschmerzen während dieser Zeitspanne nicht in beeinträchtigender Weise vorgelegen zu haben. So musste der Beschwerdeführer – wie bereits ausgeführt – während diesen circa acht Monaten weder einen Arzt konsultieren, noch nahm er gemäss Schreiben von Dr. med. C. ___ vom 27. April 2015 und von Dr. med. B. ___ vom 15. Mai 2015 regelmässig Medikamente ein (vgl. AXA-M-Nrn. 14, 15, 16, 21). Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer Dr. med. C. ___ im April 2015 nicht primär wegen den Kopfschmerzen aufgesucht hat, sondern wegen einer Pneumonie (vgl. AXA-M-Nr. 16). Zudem teilte er Dr. med. C. ___ erst im Laufe der Kontrolluntersuchung betreffend die Pneumonie – am 24. April 2015 – mit, dass noch immer Kopfschmerzen vorhanden seien. Die Darlegungen des Beschwerdeführers im Fragebogen vom 11. Mai 2015 betreffend die Entwicklung zwischen dem 20. August 2014 und dem 19. April 2015, wonach die Beschwerden «nie weg gewesen» seien (vgl. AXA-A-Nr. 48), vermag an den vorangehenden Ausführungen nichts zu ändern. So ist jedenfalls während dieser Zeitperiode nicht von einem den Beschwerdeführer in wesentlicher Weise einschränkenden Kopfschmerz auszugehen. Denn aus den vorliegenden Akten sind keine Hinweise ersichtlich, dass während dieser Dauer die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt gewesen wäre. Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer am 23. Januar 2015 erneut einen Sturz auf den Rücken erlitt (vgl. AXA-M-Nr. 20) und die Schmerzen nach einer Bewegung als «an Intensität zugenommen» beschrieben wurden (vgl. AXA-M-Nr. 20). Gleichzeitig wurde auch festgehalten, dass keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Damit ist vorliegend von einer Rückfallsituation auszugehen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_522/2013 vom 23. September 2013 E. 3.2 und 8C_947/2009 vom 18. März 2010 E. 2.2 mit Hinweisen, 8C_756/2015 vom 12. Januar 2016 E. 4.2). Im vorliegenden Fall sind somit – entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 16) – die in E. II. 2.4 hiervoor dargestellten Regeln zu den Rückfällen anwendbar. Demzufolge hat der Beschwerdeführer das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall darzutun bzw. trägt hierfür die objektive Beweislast. 7. In Bezug auf die vorliegend interessierende Frage der natürlichen Unfallkausalität sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant: 7.1 Im Austrittsbericht vom 23. September 2013 (AXA-M-Nr. 3) wurden aufgrund der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 13. bis 14. September 2013 in der Chirurgischen Klinik des [...] die Hauptdiagnose «Commotio cerebri» und die Nebendiagnosen «trianguläre Schnittverletzung Dig V dorsal über dem PIP-Gelenk» und «isolierte Hyperbilirubinämie» gestellt. Die Therapie sei mittels neurologischer Überwachung, Naht der Schnittverletzung und Tetanusauffrischung bei unklarem Impfstatus erfolgt. Beim Röntgen der Hand rechts in zwei Ebenen vom 13. September 2013 habe eine Fraktur ausgeschlossen werden können. Im Labor vom 13. September 2013 sei eine isolierte Hyperbilirubinämie mit 30 umol/l mit ansonsten blandem Labor festgestellt worden. Nach engmaschiger neurologischer Überwachung habe eine zügige und nahezu beschwerdefreie Mobilisation herbeigeführt werden können. Der GCS habe allseits 14-15 und beim Austritt 15 betragen. Der Beschwerdeführer habe sich für einige Tage körperlich zu schonen. Es seien ihm Dafalgan 1 g und Inflammac 50 mg in Reserve mitgegeben worden. 7.2 Dr. med. C. ___, Allgemeine Medizin FMH, [...], wies im Arztzeugnis vom 15. Oktober 2013 (AXA-M-Nr. 2) die Diagnose «Commotio cerebri 13. September 2013» aus. Es sei eine langsame Erholung mit persistierenden Kopfschmerzen gegeben. Im Heilungsverlauf würden indes keine unfallfremden Faktoren mitspielen. Gegenwärtig werde mit NSAR und Paracetamol p.o. behandelt, eventuell wäre eine neurologische

Beurteilung angezeigt. Die Beratungen fänden in Abständen von 10 bis 15 Tage statt und würden noch ein bis zwei Monate dauern. 7.3 Im Bericht vom 28. Oktober 2013 führte Dr. med. C.____ aus (AXA-M-Nr. 3), der Beschwerdeführer klage nun darüber, dass die Schmerzen seit dem vollständigen Absetzen der Schmerzmittel vergangene Woche wieder deutlich zugenommen hätten. Dr. med. C.____ finde unverändert keine pathologischen Befunde beim Neurostatus und verschreibe dem Beschwerdeführer Cymbalta 30 mg morgens, Dafalgan 1 g und Inflammac 25 mg solle er zusammen bei Bedarf einnehmen.

7.4 Das MRT des Neurocraniums vom 13. November 2013 (AXA-M-Nr. 6) beurteilte PD Dr. med. F.____, Radiologe, [...], wie folgt: Für das Alter des Patienten auffallend deutlich abgrenzbare, eher unspezifisch mikrovaskulär gliotische Hirnparenchymläsionen supratentoriell. Keine fassbaren posttraumatischen Residuen intrakraniell und intrazerebral. Keine Hirndruckzeichen. Zentrale Polyposis nasi.».

7.5 Im Bericht vom 14. November 2013 (AXA-M-Nr. 5) hielt Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Neurologie, [...], die Diagnose eines «postkommotionellen Syndroms» fest. Für eine ernsthafte traumatische Hirnschädigung bestünden in der Untersuchung sowohl klinisch als auch im MR keine weiteren Hinweise. Bei zweifellos stattgehabter leichter traumatischer Hirnverletzung (Commotio cerebri) sei ein postkommotionelles Syndrom anzunehmen, mit etwas verzögerter Restitution. Dr. med. B.____ würde eine kurzfristige Behandlung mit Dihydergot empfehlen. Eine dauernde Schmerzmedikation sei zu vermeiden. Die im MR nachgewiesenen Flecken cerebral seien auffällig, für das Alter ausgeprägt. Ein klinisches Korrelat hätten sie nicht, Routinekontrollen seien da nicht indiziert.

7.6 In seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2013 (AXA-M-Nr. 7) merkte der beratende Arzt Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, zum Bericht von Dr. med. B.____ (vgl. E. II. 7.5 hiervor) an, aufgrund der Beschreibung seien die gliotischen Herde mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht Unfallfolge. Ein Unfall würde vielmehr Veränderungen der Hirnoberfläche, wo das Hirn benachbart am harten Knochen liege, verursachen, dann wären auch Mikroblutungen festzustellen. All diese Veränderungen seien bei den tief in der weichen Substanz liegenden Glioseherden nicht gegeben. Welche Symptome heute noch bestünden, könne Dr. med. D.____ den Akten nicht entnehmen. Immerhin könne dem Unfallschein entnommen werden, dass auch ab 21. Oktober 2013 noch eine volle Arbeitsunfähigkeit gesehen worden sei, dies bei Konsultation vom 20. November 2013 bei Dr. med. G.____ (vgl. dazu AXA-M-Nr. 14). Es werde eine konsiliarische Untersuchung bei einem bisher nicht in die Behandlung involvierten Neurologen empfohlen.

7.7 Dr. med. C.____ sprach in seinem Unfallschein vom 29. Januar 2014 (AXA-M-Nr. 9) von einer zögernden Besserung und diagnostizierte eine «Commotio cerebri 13. September 2013 mit persistierenden belastungsabhängigen Kopfschmerzen». Gegenwärtig werde mit Dihydergot (+ Dafalgan in Reserve) behandelt. Die Beratungen fänden zweiwöchentlich statt und die Behandlung dauere voraussichtlich zwei Monate. Seit 18. Januar 2014 arbeite der Beschwerdeführer 50 %.

7.8 Dr. med. B.____ führte im Bericht vom 19. Februar 2014 (AXA-M-Nr. 12) aus, es sei die Diagnose «Zustand nach leichter traumatischer Hirnverletzung» gegeben. Eine vollständige Heilung der postkommotionellen Beschwerden habe noch nicht erreicht werden können. Dr. med. B.____ würde zunächst Sibelium empfehlen, wobei er sich erlaubt habe, dem Beschwerdeführer ein Rezept dazu mitzugeben. Er werde ihn in etwa zwei Wochen wieder kontrollieren.

7.9 Im Bericht vom 1. April 2014 (AXA-M-Nr. 13) diagnostizierte Dr. med. B.____ weiterhin einen «Zustand nach leichter traumatischer Hirnverletzung» und führte in Bezug auf den Verlauf aus, das verordnete Sibelium habe keine wesentliche

Besserung gebracht. Deshalb sei am 4. März 2014 Magnesium diasporal verordnet worden. Am 26. März 2014 berichte der Beschwerdeführer über eine geringe Besserung, die Kopfschmerzen seien ausgeglichener. Man habe sich entschieden, die Behandlung mit Magnesium vorerst weiterzuführen. 7.10 Dr. med. B.____ hielt in seinem Bericht vom 29. September 2014 (AXA-M-Nr. 15) zum Verlauf fest, der Beschwerdeführer habe im März 2014 vermehrt über Kopfschmerzen geklagt, weshalb Magnesium eingeführt worden sei, was zu einer leichten Besserung geführt habe. Bei der nächsten Konsultation im Mai seien die Kopfschmerzen auf erträglichem Niveau gewesen, es sei Surmontil verordnet worden. Am 28. Mai 2014 habe der Beschwerdeführer über Kopfschmerzen geklagt, könne aber damit arbeiten und leben. Auf den 1. Mai 2014 habe er eine neue Stelle angenommen, Einsatz zu 80 %. Am 28. Mai 2014 sei eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden, mit durchwegs normgerechten Leistungen mit leicht vermehrter Interferenzanfälligkeit. Insgesamt sei keine Hirnleistungsstörung nachgewiesen worden. Bei einer telefonischen Konsultation vom 30. Juni 2014 berichte der Beschwerdeführer, dass mit Surmontil keine wesentliche Änderung eingetreten sei, es sei ihm daher empfohlen worden, das Medikament abzusetzen. Bei der Konsultation vom 19. August 2014 habe der Beschwerdeführer berichtet, während den Sommerferien eine Weile keine Kopfschmerzen gehabt zu haben, nun erneut wieder etwas mehr. Der Arbeitseinsatz betrage 80 %, was soweit gut gehe. Die Behandlung bei Dr. med. B.____ sei mit diesem Datum abgeschlossen worden. 7.11 Im Bericht und Arztzeugnis UVG vom 23. Januar 2015 (AXA-M-Nr. 20) führte Dr. med. H.____, behandelnder Arzt, Ambulante Notfallstation, [...], aus, die Erstbehandlung datiere vom 23. Januar 2015. Nach Angaben des Beschwerdeführers sei er vor einer Woche auf den Rücken gestürzt. Nun hätten die Schmerzen nach einer Bewegung an Intensität zugenommen. Es seien keine Sensibilitätsstörungen vorhanden. Gemäss Dr. med. H.____ sei eine Magenübersäuerung als Folge von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien gegeben. Er stellte die Diagnose «Status nach Rückenkontusion vor einer Woche; Costalgie rechts». Es lägen nicht ausschliesslich Unfallfolgen vor. Der Beschwerdeführer habe nach Hause entlassen werden können. Es sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. 7.12 Dr. med. C.____ bat Dr. med. B.____ im Bericht vom 27. April 2015 (AXA-M-Nr. 16), den Beschwerdeführer nochmals zur Kontrolle seiner chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen aufzubieten. Er habe den Beschwerdeführer erstmals wieder am 20. April 2015 wegen einer Pneumonie gesehen. In der Kontrolle vom 24. April 2015 habe dieser nun erzählt, dass er nach wie vor unter tagelangen Kopfschmerzen parietal leide. Ein bis zwei Tage pro Woche sei er schmerzfrei, an den übrigen Tagen verspüre er den Schmerz von morgens bis abends kontinuierlich, verstärkt durch psychischen Stress, nicht jedoch durch körperliche Belastung. Medikamente nehme er deswegen kaum ein, in Reserve habe er Dafalgan. Wegen einer chronischen Refluxoesophagitis mit rezidivierenden Hustenepisoden nehme er Pantoprazol täglich mit gutem Erfolg, sonst habe er keine Medikamente. 7.13 Die durchgeführten Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule in zwei Ebenen und Dens vom 27. April 2015 (AXA-M-Nr. 17) beurteilte Dr. med. I.____, FMH Radiologie, wie folgt: Kein Hinweis für frische oder ältere Frakturen. Deutliche degenerative Veränderungen mit Verdacht auf multisegmentale Osteochondrose und Unkovertebralarthrose. Bei neurologischen Ausfällen oder Verdacht auf Affektion der neuralen Strukturen, werde gegebenenfalls eine MRT der HWS empfohlen. 7.14 Dr. med. B.____ hielt im Bericht vom 15. Mai 2015 (AXA-M-Nr. 21) fest, es hätten zwischen dem 19. August 2014 und der Überweisung von Dr. med. C.____ vom 27. April 2015 (vgl. E. II. 7.12 hiervor) keine weiteren Konsultationen

stattgefunden. Aktuell werde weiterhin über Kopfschmerzen geklagt, die fast konstant vorhanden seien. Eine regelmässige Medikation nehme der Beschwerdeführer derzeit nicht. Im Zusammenhang mit den Kopf- und Nackenschmerzen bestehe eine verminderte Stresstoleranz und beeinträchtigte Konzentration. Eine Objektivierung der Kopfschmerzen sei naturgemäss nicht möglich. Eine Objektivierung der neuropsychologischen Beeinträchtigungen könne in diesem Sinn nicht erfolgen, indem die Daueraufmerksamkeit nur ungenügend geprüft werden könne. Eine erneute Therapie mit physikalischen Massnahmen sowie medikamentös sei vorgesehen. 7.15 Der beratende Arzt Dr. med. D. ___ führte in seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2015 aus (AXA-M-Nr. 22), er habe etwas Mühe, hier noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen, der Beschwerdeführer arbeite in einer 80 %-Stelle voll. Ausserdem sei die ärztliche Behandlung am 19. August 2014 abgeschlossen worden, nachdem sich im MRI-Schädel vom 13. November 2013 (vgl. E. II. 7.4 hiervor) keinerlei Traumafolgen gezeigt hätten. Die bei der Befundung der Bilder erwähnten gliotischen Hirnparenchymläsionen supratentoriell seien allesamt in der weissen Substanz des Grosshirns beidseits lokalisiert, inmitten vom weichen Hirngewebe, die Läsionen seien mit Sicherheit nicht Traumafolge. Es sei richtig, dass die für einen damals 51-jährigen Beschwerdeführer gefundenen gliotischen Herde in der Zahl etwas auffällig seien, je nach Befundübermittlung dürfte der Beschwerdeführer auch etwas beunruhigt sein, obwohl keinerlei traumakausale Läsionen bestünden. Es sei zwar möglich, dass noch etwas Kopfschmerzen bestünden, doch würden diese gemäss Beschreibung der Kopfschmerzen die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken.

Phänomenologisch müsse von chronifizierten Spannungskopfschmerzen gesprochen werden, deren Kausalität kaum eindeutig beurteilbar sein dürfte. Inwieweit die deutlich über das Altersausmass hinausgehenden degenerativen Veränderungen der HWS, die in den Bildern vom 27. April 2015 (vgl. E. II. 7.13 hiervor) nachgewiesen worden seien, die Kopfschmerzen mitverursachen würden, könne er ohne klinische Untersuchung des Beschwerdeführers wenig sagen. Es müsse doch erwähnt werden, dass im Befund stehe, dass sämtliche Bandscheiben eine Höhenminderung gezeigt hätten, was er durchaus nachvollziehen könne, die Bandscheiben seien degeneriert und es zeigten sich vor allem zwischen C4 und C7 deutliche Unkarthrosen (S. 2). Gesamthaft gesehen könne er keine überwiegende Wahrscheinlichkeit von noch persistierenden Kopfschmerzen mit dem Unfall vom 13. September 2013 sehen, ein Kausalzusammenhang sei möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Die am 24. April 2015 wieder aufgenommene Behandlung, nachdem der Fall vorgängig am 19. August 2014 abgeschlossen worden sei, könne Dr. med. D. ___ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Rückfall bezüglich des Unfalls vom 13. September 2013 sehen. Allein das Fortschreiten der degenerativen Veränderungen der HWS sei geeignet, Kopfschmerzen zu verursachen, ausserdem seien auch Anspannungs- und Stressfaktoren bei der Arbeit zu nennen, die er nicht genau beurteilen könne. Zwischen dem 19. Juni 2014 und 24. April 2015 zeige sich subjektiv eine erneute Zunahme der Kopfschmerzen. Die klinischen Befunde seien zu wenig dokumentiert, doch dürften die degenerativen Veränderungen der HWS, die bis zum 27. April 2015 abgebildet worden seien, leicht zugenommen haben. Konkret sei eine Zunahme der degenerativen Veränderungen wahrscheinlich. Diese würden jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 13. September 2013 stehen. Der Unfall vom 13. September 2013 sei nicht geeignet, Veränderungen in allen Bandscheiben und in der ganzen HWS zu verursachen, sämtliche dargestellten Segmente zeigten eine Osteochondrose und eine über das Altersausmass

hinausgehende Unkovertebralarthrose. Traumatische Veränderungen seien in einem Segment oder allenfalls in zwei Segmenten zu erwarten. 7.16 Dr. med. B.____ diagnostizierte im Bericht vom 18. September 2015 ein «chronisches posttraumatisches Kopfweh» (AXA-M-Nr. 24). Unter Physiotherapie habe sich die Verkrampfung etwas gelöst, der Beschwerdeführer habe aber immer noch Schmerzen im Nacken. Auch Magnesium habe nur eine teilweise Wirkung erbracht, insgesamt sei es aber schwierig zu quantifizieren. Man versuche zudem am Arbeitsplatz etwas mit der Haltung zu verbessern. Zudem mache der Beschwerdeführer wöchentlich Yoga, halte sich viel im Freien auf und gehe mit dem Velo zur Arbeit. Grundsätzlich ergäben sich anamnestisch keine neuen Gesichtspunkte. Seinerzeit sei ein chronisches posttraumatologisches Kopfweh postuliert worden, damit sei grundsätzlich der ätiologische Zusammenhang der Kopfschmerzen mit dem Unfall gegeben. Eine zusätzliche medikamentöse Behandlung erachte Dr. med. B.____ nicht für notwendig. Er habe das autogene Training empfohlen. Seinerseits seien zunächst keine Konsultationen mehr vorgesehen. 7.17 Im Rahmen der Stellungnahme vom 6. November 2015 (AXA-M-Nr. 25) hielt Dr. med. D.____ fest, er habe schon in seinen Vorberichten verschiedene Argumente erwähnt, weshalb er nicht von einem posttraumatischen Kopfschmerz ausgehe. Insbesondere die Beschwerdezunahme einige Monate nach dem Unfall lasse sich durch die Annahme eines posttraumatischen Kopfschmerzes nicht erklären. Nun sei es so, dass die Meinung von Dr. med. B.____, den er sehr schätze, und seine Meinung sich widersprächen. Er empfehle, einen bislang nicht in die Behandlung involvierten Kopfschmerz-Neurologen zuzuziehen. 7.18 Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, stellte im Rahmen des neurologischen Konsiliums vom 7. Januar 2016 (AXA-M-Nr. 26) die folgenden Diagnosen: «Status nach Velounfall mit Sturz auf den Kopf am 13. September 2013 mit möglicher MTBI, ohne Nachweis von strukturellen Läsionen als Folge des Unfallereignisses; Kopfweh vom Spannungstyp». Es seien keine strukturellen Läsionen als Folge des Unfallereignisses vom 13. September 2013 objektivierbar, weder im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems noch im Bereich der HWS. Der Beschwerdeführer leide vordergründig an einem Kopfweh vom Spannungstyp mit bitemporaler Lokalisation und einem Gefühl, der Kopf befinde sich in einer «Schraubzwinge». Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor, ebenfalls sei kein Verlust der sozialen Integration vorhanden. Es gehe um die Frage, ob ein chronisches posttraumatisches Kopfweh vorliege. Nach der Internationalen Klassifikation der Kopfschmerzen sei dieser Begriff zwar erfüllt, es müsse aber immer wieder darauf hingewiesen werden, dass damit auch nicht die Unfallkausalität gemeint sei, sondern einzig das zeitliche Auftreten und der Verlauf des Kopfwehs nach einem Unfall beschrieben werde. Das Kopfweh sei im vorliegenden Fall somit nicht unfallkausal, sondern gehöre in den Bereich der primären Kopfschmerzen vom Spannungstyp. 7.19 Dr. med. B.____ nahm mit Bericht vom 18. Februar 2016 zum Konsilium von Dr. med. E.____ Stellung (AXA-M-Nr. 27). Er führte aus, er habe den Beschwerdeführer am 11. November 2013, zwei Monate nach dem Unfall, erstmals untersucht. Aufgrund der Anamnese sei zweifelsfrei anzunehmen, dass er sich anlässlich dieses Unfalls eine leichte traumatische Hirnverletzung zugezogen habe (Commotio cerebri der alten Nomenklatur). Kurz darauf (ob Stunden oder allenfalls wenige Tage könne er nicht rekonstruieren) seien Kopfschmerzen aufgetreten. Solche hätten vorgängig nicht bestanden. Damit seien die Diagnosekriterien eines akuten posttraumatischen Kopfwehs erfüllt gewesen. Zur Kausalität sei so viel zu bemerken, dass einerseits ein geeignetes Trauma vorgelegen habe und andererseits die Kopfschmerzen innerhalb kurzer Frist aufgetreten seien und

vorangehend keine derartigen Kopfschmerzen bestanden hätten. Damit könne eigentlich an der Kausalität der akut aufgetretenen posttraumatischen Beschwerden kein Zweifel bestehen. Die Beschwerden hätten sich in der Folge nur ungenügend gebessert. Vier Monate nach dem Ereignis habe der Beschwerdeführer weiterhin über Kopfschmerzen geklagt. Gemäss Definition des IHS seien nun die Schmerzen als chronische Kopfschmerzen anzusehen, weiterhin habe an der Kausalität kein Zweifel bestanden. Mit der Zeit habe sich doch eine langsame Besserung gezeigt, er habe den Beschwerdeführer in der Folge nur unregelmässig und in längeren Abständen gesehen, bei einer Konsultation im Mai 2015 habe dieser nur über wenig Kopfschmerzen gesprochen, damals hätten die Konzentrationsstörung und eine allgemeine Leistungsminderung im Vordergrund gestanden. Dass keine strukturellen Läsionen als Folge des Unfallereignisses vom 13. September 2013 objektivierbar seien, sei unbestritten. Die Kausalität der akut aufgetretenen Kopfschmerzen könne nicht widerlegt werden. Wie bereits erwähnt, seien diese auch nach einem adäquaten Ereignis innerhalb kurzer Frist aufgetreten, ohne dass vorgängig wesentliche Kopfschmerzen vorhanden gewesen seien. Der Schmerzcharakter der posttraumatischen Kopfschmerzen sei nicht definiert, diese könnten verschiedene Formen annehmen, insbesondere auch ein Kopfweh vom Spannungstyp, also einer primären Kopfwehform. Die Tatsache, dass die Phänomenologie der Kopfschmerzen einem primären Kopfweh entspreche, schliesse eine Unfallkausalität nicht aus, der entsprechende Schluss von Dr. med. E. ___ sei in dieser Kürze nicht nachvollziehbar. Die Beschwerden hätten sich aber soweit zurückgebildet, dass zumindest ab Mai 2015 durch die Kopfschmerzen keine relevante Einschränkung mehr habe begründet werden können. Dr. med. B. ___ zitierte sodann die Leitlinien der deutschen Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, insbesondere die Leitlinie Nummer 062-007 «die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen», wonach sich der posttraumatische Kopfschmerz zeitnah innerhalb von sieben Tagen nach dem Trauma manifestiert haben müsse. Dies sei vorliegend zweifelsfrei belegt. Weiter führte er aus, die Diagnose eines über mehr als sechs bis 12 Monate anhaltenden posttraumatischen Kopfschmerzes dürfe ausschliesslich dann gestellt werden, wenn ein geeignetes morphologisches Korrelat (z.B. Hirnhautverletzung) belegt sei und die Kausalitätskriterien des jeweiligen Rechtsgebietes erfüllt seien. Ersteres wäre im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Inwiefern diese Leitlinien auf die Schweizer Verhältnisse übertragen werden könnten, entziehe sich indes seiner Kenntnis.

E. 8

8.1 Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Sachverhalt aus medizinisch-diagnostischer Sicht im Wesentlichen unbestritten ist und der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 13. September 2013 insbesondere unter einer Gehirnerschütterung (Commotio cerebri) und einer Schnittverletzung an der rechten Hand litt. Letztere wurde genäht und ist gemäss den vorliegend dokumentierten Berichten problemlos verheilt. In Bezug auf die ■ gemäss den Akten ebenfalls unbestrittenermassen vorliegende ■ leichte Kopfverletzung wurde bereits anlässlich der medizinischen Erstversorgung im [...] eine «Commotio cerebri» ausgewiesen (vgl. E. II. 7.1 hiervor). Aufgrund der im weiteren Verlauf durch den Beschwerdeführer weiterhin beklagten Kopfschmerzen wurde am 13. November 2013 ein bildgebendes Verfahren durchgeführt, eine MRT des Neurocraniums (vgl. E. II. 7.4 hiervor). Für eine ernsthafte traumatische Hirnschädigung konnten dabei keine Hinweise eruiert werden (vgl. E. II. 7.5 hiervor). So führte Dr. med.

D.____ in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2013 (vgl. E. II. 7.6 hiervor) aus, die im MRT festgestellten gliotischen Herde seien mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht Unfallfolge. Dies begründete er sodann in nachvollziehbarer Weise, indem er ausführte, ein Unfall würde vielmehr Veränderungen der Hirnoberfläche verursachen, wobei auch Mikroblutungen vorhanden wären. Dies sei indes bei den vorliegend festgestellten Veränderungen, die tief in der weichen Substanz lägen, nicht der Fall. Auch darüber sind sich die Ärzte gemäss den vorliegend dokumentierten Arztberichten weitgehend einig. Da bei der neuropsychologischen Untersuchung vom 28. Mai 2014 durchwegs normgerechte Leistungen festgestellt werden konnten, stellte Dr. med. B.____ seine Behandlung am 19. August 2014 ein (vgl. E. II. 7.10 hiervor). Daran vermag auch die im Zusammenhang mit dem Sturzereignis vom 18. Januar 2015 am 27. April 2015 durchgeführte Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule (vgl. E. II. 7.11 hiervor) nichts zu ändern. Denn dabei konnten mit Ausnahme von deutlich degenerativen Veränderungen mit Verdacht auf multisegmentale Osteochondrose und Unkovertebralarthrose ebenfalls keine strukturellen Veränderungen objektiviert werden. Dies legte auch Dr. med. D.____ im Rahmen seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2015 (vgl. E. II. 7.15 hiervor) zusammenfassend dar, indem er ausführte, die ärztliche Behandlung sei per 19. August 2014 abgeschlossen worden, da sich im MRI-Schädel vom 13. November 2013 keinerlei Traumafolgen gezeigt hätten. Es handle sich phänomenologisch um chronifizierte Spannungskopfschmerzen, deren Kausalität kaum eindeutig beurteilbar sein dürfte. Er führte zudem aus, gesamthaft sehe er keine überwiegende Wahrscheinlichkeit von noch persistierenden Kopfschmerzen mit dem Unfall vom 13. September 2013. Ein Kausalzusammenhang sei möglich, aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit. Im Anschluss daran ging er auf die am 24. April 2015 wieder aufgenommene Behandlung ein und führte aus, allein das Fortschreiten der degenerativen Veränderungen der HWS sei geeignet, Kopfschmerzen zu verursachen. Die wahrscheinliche Zunahme der degenerativen Veränderungen stehe gemäss seiner Einschätzung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 13. September 2013. So sei der Unfall vom September 2013 nicht geeignet gewesen, Veränderungen in allen Bandscheiben und in der ganzen HWS zu verursachen, was vorliegend indes der Fall sei. Traumatische Veränderungen wären nur in einem oder in zwei Segmenten zu erwarten. Ähnlich beurteilte dies auch Dr. med. E.____, der im Rahmen seines neurologischen Konsiliums vom 7. Januar 2016 (vgl. E. II. 7.18 hiervor) unter anderem ausführte, das Kopfweg sei nicht unfallkausal, sondern gehöre in den Bereich der primären Kopfschmerzen vom Spannungstyp. In diesem Sinne können daher auch die Vorbringen des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. C.____ im April 2015 verstanden werden, wobei er berichtete, dass sich die Kopfschmerzen durch psychischen Stress verstärkten (vgl. E. II. 7.12 hiervor). Diese Einschätzung teilte unmittelbar nach dem Unfallereignis auch der Neurologe Dr. med. B.____, indem er ■ wie bereits oben dargelegt ■ im Bericht vom 14. November 2013 (vgl. E. II. 7.5 hiervor) festhielt, für eine ernsthafte traumatische Hirnschädigung bestünden in der Untersuchung sowohl klinisch als auch im MR keine weiteren Hinweise. Zudem verneinte er die Notwendigkeit von Routinekontrollen aufgrund der objektivierbaren Flecken im MR. In dem am 18. Februar 2016 verfassten Bericht (vgl. E. II. 7.19 hiervor) stellte er sich auf den Standpunkt, die Kopfschmerzen seien kausal zum Unfallereignis, es sei aber kein geeignetes morphologisches Korrelat belegt. Diese Einschätzung basiert jedoch ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 17) ■ im Wesentlichen auf der unzulässigen Formel «post hoc, ergo propter hoc». So führte Dr. med.

B.____ explizit aus, die Kopfschmerzen hätten vor dem Unfall nicht bestanden. Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist diese Begründung jedoch nicht ausreichend, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. E. 2b bb; Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2016 vom 23. September 2016 E. 6.2 mit Hinweisen). Somit kann der Beschwerdeführer aus der Aussage, die Beschwerden bestünden erst seit dem Unfall, grundsätzlich nichts für sich ableiten. Es kann daher der entsprechenden Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. B.____ nicht gefolgt werden.

8.2 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass insbesondere gestützt auf die Einschätzungen von Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____ davon auszugehen ist, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den nach dem Einstellungszeitpunkt der Behandlungen vom 19. August 2014 beklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 13. September 2013 bloss möglich und damit nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Damit entfällt ab diesem Zeitpunkt eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

9. Unabhängig davon entfällt eine Leistungspflicht für die Zeit ab 19. August 2014 auch aus einem anderen Grund: Eine ab diesem Datum noch bestehende, durch objektivierbare somatische Verletzungen verursachte Arbeitsunfähigkeit ist nicht dokumentiert und wird auch nicht geltend gemacht. Wie in der Beschwerdeschrift dargelegt wird, war der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2014 wieder zu 100 % arbeitsfähig. Bestand somit kein erhebliche Arbeitsunfähigkeit mehr, konnte von einer Festsetzung der ärztlichen Behandlung auch keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (im Sinne der rechtsprechungsgemäss erforderlichen, erheblichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden. Damit war der Fall abzuschliessen, was der weiteren Erbringung von Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern entgegen steht (Art. 19 Abs. 1 UVG).

10. Wenn man, entgegen der vorstehenden Erwägung, vom Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs ausginge, wäre die adäquate Kausalität zu prüfen (vgl. E. II. 2.2 f. hiervor).

10.1 Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, aber nicht organisch objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz hingegen besonders zu prüfen. Hierfür ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der sog. Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die mit BGE 117 V 359 eingeführten und durch BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133), anzuwenden (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Wenn die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur vorliegenden ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist die Beurteilung praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 E. 2a S. 99, 127 V 102 E. 5b/bb S. 103).

10.2 Wie bereits ausgeführt (vgl. E. II. 8.1 hiervor), bestand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vom 19. August 2014 kein unfallbedingtes pathologisch-anatomisches Substrat (im Sinne bildgebend nachweisbarer organischer Befunde), welches die fortbestehende Symptomatik erklären könnte. Demnach ist die Adäquanz der geklagten Beschwerden besonders zu prüfen.

10.3 Das Vorliegen eines Schleudertraumas bzw. einer Distorsion der HWS oder einer äquivalenten Verletzung muss durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein, damit die auf solche Verletzungen zugeschnittene Rechtsprechung zur Anwendung kommen kann. Zwar wird nicht vorausgesetzt, dass sämtliche der zum sogenannten typischen Beschwerdebild dieser Verletzung gehörenden Symptome (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen usw., vgl. BGE 117 V 359 E. 4b S. 360; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) innert der massgeblichen Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Ereignis aufgetreten sein müssen. Erforderlich ist aber, dass sich innert dieser Latenzzeit zumindest Kopfschmerzen oder Nackenbeschwerden manifestieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_928/2008 vom 20. April 2009 E. 3.1). Im weiteren Verlauf muss sich dabei jedoch das typische bunte Beschwerdebild ebenfalls manifestieren. Dabei ist massgebend, dass es sich um einen Zeitraum handelt, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen. Sind diese beiden Voraussetzungen kumulativ erfüllt, gelangt grundsätzlich die Schleudertrauma-Praxis zur Anwendung (BGE 117 V 359 ff. i.V.m. BGE 134 V 109 ff.; Thomas Germann in: Stephan Fuhrer [Hrsg.], Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht. Festschrift zum fünfzigjährigen Bestehen, Zürich 2010, S. 169).

10.4 Das Vorliegen eines Schädel-Hirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hüllen, einschliesslich Gehirnschädel und Kopfschwarte subsumiert werden, rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nur, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen *Commotio* und *Contusio cerebri* liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_476/2007 vom 4. August 2008 E. 4.1.3 m.w.H.). Die Schwere eines Schädel-Hirntraumas wird üblicherweise nach dem Punktwert in der Glasgow-Coma-Skala (GCS) eingeteilt. In dieser Skala erhält der Patient für bestimmte Reaktionen (wie Augenöffnen, 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 Schädel-Hirntrauma spricht man bei einem GCS-Wert von 13 bis 15 (mittelschwer: 9 bis 13, schwer: 3 bis 8; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 276/04 vom 13. Juni 2005 E. 2.2.2 mit Hinweisen).

10.5 Beim Beschwerdeführer wurde eine «*Commotio cerebri*» diagnostiziert. Diese Diagnose wurde bereits im [...] bei der Erstbehandlung festgestellt (vgl. E. II. 7.1 hiervor) und durch die anschliessend verfassten Arztberichte bestätigt. Bei der am 13. November 2013 durchgeführten MRT des Neurocraniums konnten weder fassbare posttraumatische Residuen intrakraniell und intrazerebral noch Hirndruckzeichen festgestellt werden (vgl. II. E. 7.6 hiervor). Eine Bewusstlosigkeit ist den sich vorliegend präsentierenden medizinischen Akten nicht zu entnehmen. Dies, obschon im Rahmen der «Anamnese» im [...] festgehalten wurde, der Beschwerdeführer erinnere sich nicht an den Aufprall, sondern

erst daran, dass er aufgewacht sei und mehrere Leute um ihn herumgestanden hätten (AXA-M-Nr. 4 S. 1). Weiter gab der Beschwerdeführer sodann auch im Fragebogen der [...] vom 9. Januar 2014 (AXA-A-Nr. 18 S. 2) an, nach dem Sturz noch ein paar Minuten liegen geblieben zu sein. Die umstehenden Personen hätten ihm dann geholfen aufzustehen und ihn auf eine in der Nähe befindliche Bank gesetzt. Zudem gab er an, er könne nicht sagen, wie er genau gestürzt sei, er habe «Aussetzer». Es kann diesbezüglich auf die Erfahrungstatsache hingewiesen werden, wonach man sich bei ■ bloss Sekundenbruchteile dauernden ■ Stürzen und dergleichen nicht an das Ereignis selber (wie bei einem Sturz ans Fallen) erinnert, sondern einzig die Situation direkt vor und nach dem Ereignis vor Augen hat, während der Vorgang selber erst im Nachhinein realisiert (aber nicht rememberlich) wird; dies stellt jedoch keine Amnesie infolge Bewusstlosigkeit dar (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 460/04 vom 28. April 2005 E. 3.1). Im Austrittsbericht des [...] vom 23. September 2013 wurde im Weiteren darauf hingewiesen, dass der GCS allseits 14 bis 15 und beim Austritt 15 betragen habe. Ein GCS von 15 entspricht höchstens einer leichten Commotio cerebri mit leichter Bewusstseinsstörung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2016 vom 11. August 2016 E. 2.2). Aufgrund dieser Ausführungen kann vorliegend nicht von einer relevanten Bewusstseinsbeeinträchtigung bzw. von einer Amnesie des Beschwerdeführers unmittelbar nach dem Unfall vom 13. September 2013 ausgegangen werden. Bei fehlender Bewusstlosigkeit bzw. ohne Hinweise für eine mögliche Amnesie/Bewusstlosigkeit fällt vorliegend zudem eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) grundsätzlich ausser Betracht (vgl. dazu Johannes Sönke/Rita Schaumann-von Stosch: Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, in: Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 78 [2007], S. 74 ff). Daher ist auf das von Dr. med. E. ___ anlässlich seines neurologischen Konsiliums vom Januar 2016 (vgl. E. II. 7.18 hiervor) ausgewiesene, jedoch nicht näher beschriebene und lediglich als «möglich» qualifizierte MTBI nicht weiter einzugehen. Es kann ferner angesichts der sich präsentierenden Aktenlage ■ über den ganzen Zeitraum nach dem Unfall war einzig von Kopfschmerzen die Rede ■ nicht vom Auftreten eines typischen Beschwerdebilds mit einer Häufung von Beschwerden gesprochen werden. Die Voraussetzungen für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) bei der Prüfung der Unfallkausalität von Gesundheitsschaden ohne organisch-strukturelles Substrat sind damit nicht erfüllt, so dass die Adäquanz im vorliegenden Fall nach der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu prüfen ist.

11. Im Rahmen der Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 wird zwischen drei Kategorien von Unfallereignissen unterschieden: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich. Bei den banalen Unfällen wie z.B. beim geringfügigen Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichteren Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen, kann der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres ausgeschlossen werden. Dagegen ist er bei schweren Unfällen in der Regel zu bejahen. Der mittlere Bereich umfasst jene Unfälle, die weder der ersten noch der zweiten Gruppe zugeordnet werden können.

11.1 Der Geschehensablauf des Ereignisses vom 13. September 2013 präsentierte sich gemäss den Akten wie folgt: Der Beschwerdeführer war am 13. September 2013 mit seinem Fahrrad unterwegs, als die Autotür eines parkierten Autos unerwartet geöffnet wurde und er in diese fuhr und stürzte (vgl. AXA-A-Nr. 1). Er sei allein unterwegs gewesen, habe keinen

Helm getragen und habe keine Chance gehabt, auszuweichen (AXA-A-Nr. 18).

11.2 Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs und der sich dabei entwickelnden Kräfte (vgl. SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1) sowie mit Blick auf die von der Rechtsprechung entwickelten Massstäbe (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_571/2015 vom 14. Oktober 2015 E. 4.2.1, 8C_34/2015 vom 29. Juni 2015 E. 4.1, 8C_791/2014 vom 1. April 2015 E. 4.2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.1.2 U 380/04) ist dieser Unfall als mittelschweres Ereignis im engeren Sinn zu qualifizieren. Es sind keine Umstände ersichtlich, welche für eine Einstufung in eine schwerere Kategorie sprechen würden. Das Bundesgericht hat im Urteil vom 28. Februar 2005 (U 306/05 E. 3.2.2) exemplarisch Beispiele für Unfälle im mittleren Bereich im Grenzbereich zu den schweren Unfällen angeführt:

■ Reifenplatzer auf der Autobahn bei ca. 95 km/h mit anschliessendem Überschlagen des Fahrzeugs auf das Dach (unveröffentlichte E. 3.3.2 des Urteils BGE 129 V 323);

■ Überschlagen eines Fahrzeuges infolge Reifenplatzens mit Kontusionen an Thorax, Schultern und Halswirbelsäule der Versicherten (nicht veröffentlichtes Urteil G. vom 10. November 1992 [U 68/91]);

■ Herausschleudern eines Versicherten durch das Fenster eines Autos nach Frontalzusammenstoss, wobei er mit dem Bein bis zur Hüfte im umgestürzten Wagen eingeklemmt blieb und sich eine Gehirnerschütterung, eine Kopfverletzung, einen Mittelhandbruch und Verletzungen in der Leistengegend zuzog (nicht veröffentlichtes Urteil B. vom 8. April 1991 [U 47/90]);

Bereits diese wenigen Beispiele aus der Praxis lassen deutlich werden, dass sich eine Einordnung des vorliegenden Unfallereignisses im Bereich der schwereren Unfälle nicht rechtfertigt. Es kann folglich nicht von einem schweren Unfall im Sinne der Gerichtspraxis oder von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren gesprochen werden.

11.3 Geht man davon aus, dass das Unfallereignis vom 13. September 2013 in den mittleren Bereich einzustufen ist, lässt sich die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in die Gesamtwürdigung mit einzubeziehen:

Als wichtigste Umstände, die als Beurteilungskriterien dienen können, nennt das Bundesgericht:

■ besondere dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;

■ die 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.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder gar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufs. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 ff.).

11.4 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Fällen bedarf es des Nachweises von vier Kriterien (vgl. dazu explizit Urteile des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5, 8C_899/2013 vom 15. Mai 2014 E. 5.1). Daher müssen bei einem Unfall im eigentlich mittleren Bereich, wie er hier vorliegt, drei Kriterien ausreichen, ansonsten die Unterscheidung zwischen mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Fällen und den Unfällen im eigentlich mittleren Bereich obsolet würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

11.5 Objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc) war der Unfall vom 13. September 2013 weder von besonderer Eindrücklichkeit noch hat er sich unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet. Angesichts der Tatsache, dass wohl jedem Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit anheim liegt, kann der vorliegende Unfallhergang ■ Sturz mit dem Fahrrad ■ nicht als besonders eindrücklich bezeichnet werden, womit dieses Kriterium nicht erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat im Weiteren aus somatischer Sicht keine schweren Verletzungen, aber solche besonderer Art erlitten. So konnte die Schnittverletzung an der rechten Hand unmittelbar nach dem Unfallhergang im [...] genäht werden. Es lag im Weiteren weder eine besondere Schwere vor, noch handelte es sich um Verletzungen, welche erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Nicht erfüllt ist sodann aus somatischer Sicht auch das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. So konnte der Beschwerdeführer das [...] bereits einen Tag nach dem Unfall vom 13. September 2013, am 14. September 2013, wieder verlassen und der Neurologe Dr. med. B.____ beendete seine Behandlung am 19. August 2014. Es liegen zudem weder Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, noch ein schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen vor. Schliesslich ist auch eine ungewöhnlich lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt, denn der Beschwerdeführer war gemäss den vorliegenden Akten vom 18. Januar 2014 bis zum

Austritt vom 31. März 2014 bei der [...] zu 50 % arbeitsfähig und ab 1. Mai 2014 in der Lage, eine neue berufliche Tätigkeit zu einem Pensum von 80 % auszuüben. Soweit eine Arbeitsunfähigkeit vorlag, beruhte diese jedoch nicht auf bildgebend nachweisbaren Befunden. In Bezug auf die körperlichen Dauerschmerzen ist festzuhalten, dass sich die nach dem Unfall geklagten Beschwerden nur für sehr kurze Zeit vollständig mit den somatischen Befunden haben erklären lassen und das weitere Andauern der subjektiven Beschwerden objektiv-strukturell nicht erklärbar bzw. auf nicht objektivierbare Beeinträchtigungen zurückzuführen ist. Damit ist auch dieses Kriterium nicht gegeben.

Folglich ist keines der objektiv erfassbaren Kriterien erfüllt und die Unfalladäquanz der geltend gemachten, nicht objektivierbaren Beschwerden des Beschwerdeführers daher zu verneinen.

11.6 Es lässt sich somit zusammenfassend festhalten, dass zwischen dem als mittelschwerer Unfall im engeren Sinn zu qualifizierenden Fahrradsturz vom 13. September 2013 und den durch den Beschwerdeführer nach dem 19. August 2014 geklagten subjektiven Kopfbeschwerden kein adäquater Kausalzusammenhang gegeben ist. Daher hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen korrekterweise mit dem Abschluss der medizinischen Behandlungen bei Dr. med. B. ___ per 19. August 2014 eingestellt. Die über diesen Zeitpunkt hinaus anhaltenden Beschwerden haben als nicht unfallkausal zu gelten. Überdies begründen sie keine relevante Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. Mai 2016 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Es erübrigt sich daher auch die vom Beschwerdeführer beantragte Prüfung und Zusprechung einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung (vgl. E. I. Ziff. 2 hiervor).

12. Bezüglich weiterer Beweismassnahmen ist auf die Praxis des Bundesgerichts zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Da von einer ■ wie vom Beschwerdeführer in E. I. 2 Ziff. 3 hiervor in eventualiter Weise beantragt ■ ergänzenden neurologischen/neuro-psychologischen Begutachtung keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist eine solche nicht zu veranlassen.

E. 13

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

13.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder eine Parteientschädigung ausgerichtet noch Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag

nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

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