

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Zirkular-Urteil vom 30. April 2020

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichterin D. Sieber Oberrichter H.P. Fischer, Dr. F. Windisch, M. Schneider Obergerichtsschreiberin A. Mauerhofer
Verfahren Nr.	O3V 19 13
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A. _____ vertreten durch: RA AA. _____
Vorinstanz	Versicherung B. _____
Gegenstand	Leistungen aus der Unfallversicherung Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Versicherung B. _____ vom 30. Januar 2019

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Der Einspracheentscheid der Versicherung B. _____ als Unfallversicherung vom 30. Januar 2019 und die Verfügung vom 11. Juni 2015 seien aufzuheben.
2. Es sei ein medizinisches Gutachten einzuholen; eventuell sei die Angelegenheit an die Versicherung B. _____ zurückzuweisen, damit sie die gesetzlichen Leistungen des Versicherten ab 29. Mai 2012 festlege.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde vom 04.03.2019 sei abzuweisen.
Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Sachverhalt

- A.** Der am XX.XX.1958 geborene A. _____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war in einem Pensum von 85% als Logopäde beim C. _____ tätig und über die Arbeitgeberin bei der Versicherung B. _____ obligatorisch unfallversichert, als er am 28. Mai 2012 als Velofahrer mit einem Auto kollidierte. Der Beschwerdeführer wurde per Ambulanz ins Kantonsspital D. _____ gebracht, wo er bis zum 30. Mai 2012 hospitalisiert blieb und folgende Diagnosen gestellt wurden (act. 8.2/4): Schädelhirntrauma nach Fahrradunfall mit Rissquetschwunde an der rechten Augenbraue, Commotio cerebri, ausgeprägte retrograde Amnesie (ungefähr 2 Tage) sowie Contusio orbitae. Dem Beschwerdeführer wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 12. August 2012 attestiert, danach bis 21. Oktober 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (act. 8.2/17). Die Versicherung B. _____ anerkannte ein Unfallereignis und kam in der Folge für diverse Heilbehandlungen auf.
- B.** Im psychologischen Bericht des Ambulatoriums der Klinik E. _____ vom 30. August 2012 (act. 8.2/21) wurde eine erste neurologische Standortbestimmung gestützt auf psychologische Untersuchungen vom 28. und 30. August 2012 vorgenommen. Die Fachärzte diagnostizierten beim Beschwerdeführer leichte neurologische Auffälligkeiten; im Rahmen der psychologischen Untersuchung zeigten sich aber mehrheitlich unauffällige Ergebnisse.

Die kognitive Belastbarkeit des Beschwerdeführers sei „*momentan noch vermindert*“. Aus neuropsychologischer Sicht sei die genauere Exploration des affektiven Befindens relevant. Zusätzlich werde aufgrund der momentan noch verminderten Belastbarkeit eine psychologische Therapie empfohlen.

Dr. F. _____, die den Beschwerdeführer seit dem 17. Oktober 2012 ambulant psychologisch betreute, stellte im Bericht vom 18. Februar 2013 (act. 8.2/30) folgende Diagnosen: Leichte neuropsychologische Auffälligkeiten bei Status nach Schädelhirntrauma nach Fahrradunfall am 28. Mai 2012 sowie Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt. Die Therapie werde voraussichtlich noch bis April 2013 fortgesetzt. Gemäss Bericht der Klinik für Neurologie Kantonsspital D. _____ vom 2. August 2013 (act. 8.2/39) über die tagesklinische Demenzabklärung vom 31. Juli 2013 wurden beim Beschwerdeführer minimale kognitive Funktionsstörungen sowie seit vielen Jahren täglich für mehrere Stunden bestehende episodische Spannungskopfschmerzen festgestellt. Es ergäben sich keine Hinweise auf eine dementielle Erkrankung. Die Ursache für die leichten kognitiven Einschränkungen sei am ehesten durch die leichte depressive und ängstliche Stimmungslage des Beschwerdeführers begründet. Eine posttraumatische Genese der jetzt noch nachweisbaren Beschwerden sei „*zwar denkbar, eine Kausalität angesichts des milden Traumas ohne Residuen im MRI aber kaum mehr zu beweisen.*“

Am 20. Januar 2014 stellte der den Beschwerdeführer behandelnde Hausarzt Dr. G. _____ bei der Versicherung B. _____ einen Antrag um Kostengutsprache für drei Wochen stationäre psychosomatische Rehabilitation, unter Hinweis auf ein Burn-out-Syndrom bei psychosozialer Belastungssituation (act. 8.2/47). Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt Dr. H. _____ (act. 8.2/48) teilte die Versicherung B. _____ dem Beschwerdeführer hierauf mit, mangels überwiegend wahrscheinlichem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den aktuell bestehenden Beschwerden würden weitere Kostenübernahmen abgelehnt und er solle sich für die Übernahme der weiteren Kosten an seine Krankenversicherung wenden (act. 8.2/49).

Am 24. Juni 2014 unterzog sich der Beschwerdeführer einer cranio-zerebralen Kernspintomographie im Diagnosezentrum der Radiologie I. _____. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 29. Oktober 2012 ergab sich ein unveränderter Befund, d.h. ein grundsätzlich normales cranio-zerebrales Kernspintogramm, insbesondere ohne kernspintomographisch fassbare posttraumatische Veränderungen (act. 8.2/57). Mit Schreiben vom 26. Juni 2014 (act. 8.2/61) wandte sich der den Beschwerdeführer seit August 2013 behandelnde Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie J. _____ an die Versicherung B. _____, um mitzuteilen, sowohl die neurologischen Defizite als auch die Verhaltensverän-

derung, für welche die Diagnose einer organisch emotional labilen asthenischen Störung gestellt werden könne, seien Folgen des Unfalles, weshalb um weitere Übernahme der Behandlungskosten ersucht werde. Im Juli 2014 wurde im Ambulatorium der Klinik E. _____ eine Verlaufsuntersuchung durchgeführt (act. 8.2/64). Dabei wurden „überwiegend normgerechte, vereinzelt leicht unterdurchschnittliche kognitive Leistungen“ diagnostiziert. Es sei keine Zunahme der kognitiven Defizite festzustellen, die erhobenen Befunde könnten das Ausmass der subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen im Alltag und im Beruf nicht erklären (act. 8.2/68).

Nachdem die Versicherung B. _____ in der Folge diverse Arztrechnungen, die ihr zur Begleichung zugeschickt worden waren, zurückgewiesen hatte, meldete sich am 24. Januar 2015 der inzwischen vom Beschwerdeführer mandatierte Rechtsanwalt K. _____ bei der Vorinstanz und ersuchte um Mitteilung, gestützt auf welche Unterlagen sie zum Schluss gekommen sei, die Behandlungen würden nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen (act. 8.2/90). Die Versicherung B. _____ stellte dem Rechtsvertreter hierauf die relevanten Akten zu (act. 8.2/91). Am 3. Februar 2015 reichte der behandelnde Hausarzt bei der Versicherung B. _____ erneut einen Antrag ein um Kostengutsprache für drei Wochen stationäre psychosomatische Rehabilitation im Zusammenhang mit einem Burn-out-Syndrom bei psychophysischer Erschöpfung. Mittlerweile hätten sich die Unfallfolgen verstärkt, der Fall sei wegen Fortbestand direkter posttraumatischer Beschwerden und Folgebeschwerden noch nicht abgeschlossen. Es bestehe aktuell „eine theoretische Arbeitsunfähigkeit von 50% bei einem 85%-Stellenpensum als Logopäde“ (act. 8.2/94). Hierauf teilte die zuständige Mitarbeiterin der Versicherung B. _____ dem Hausarzt telefonisch mit, dass weiterhin an der Leistungsablehnung festgehalten werde (act. 8.2/112). Mit Schreiben vom 17. März 2015 (act. 8.2/115) verlangte Rechtsanwalt K. _____ von der Versicherung B. _____ eine anfechtbare Verfügung über den Leistungsanspruch.

- C. Mit Verfügung vom 11. Juni 2015 (act. 8.2/146) lehnte die Versicherung B. _____ eine Leistungspflicht mangels Kausalzusammenhang zum Unfallereignis ab. Sie sei nach einer weiteren Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt Dr. L. _____ (act. 8.2/117) beim Schluss geblieben, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Ereignis vom 28. Mai 2012, sondern ausschliesslich auf ereignisfremde Faktoren zurückzuführen sei. Der status quo sine in Bezug auf das Ereignis vom 28. Mai 2012 sei am 23. Oktober 2012 wieder erreicht worden. Auf die Rückforderung der über diesen Zeitpunkt hinaus bereits erbrachten Leistungen werde verzichtet.

- D.** Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer Einsprache (act. 8.2/161) und stellte der Versicherung B. _____ zur Begründung unter anderem ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten vom 23. Juni 2015 (act. 8.2/198) zu, welches zu Händen der Versicherung M. _____ (einem privaten Unfallversicherer des Beschwerdeführers), erstellt worden war. Hierauf teilte die Versicherung B. _____ dem Rechtsvertreter am 28. September 2016 mit, sie erachte es als notwendig, zusätzlich ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen (act. 8.2/227).

Am 22. Februar 2017 stellte die Versicherung B. _____ als Gutachterstelle die N. _____ in Aussicht und räumte dem Beschwerdeführer, der inzwischen von Rechtsanwalt RA AA. _____ vertreten wurde, das rechtliche Gehör mit Bezug auf den Fragekatalog für die Begutachtung ein (act. 8.2/246). Mit Schreiben vom 29. März 2017 (act. 8.2/275) teilte Rechtsanwalt RA AA. _____ der Versicherung B. _____ mit, nachdem der Beschwerdeführer bereits ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten vorgelegt habe, sei es weder nötig noch zulässig, erneut ein Gutachten einzuholen, weil das vorliegende Gutachten bereits genüge. Zudem würde die N. _____ als Gutachterstelle zum Vornherein nicht in Frage kommen, da dort auch Dr. L. _____, der beratende Arzt der Versicherung B. _____, tätig sei. Am 16. Mai 2017 (act. 8.2/311) teilte die Versicherung B. _____ Rechtsanwalt RA AA. _____ mit, bei dem von der Versicherung M. _____ eingeholten Gutachten handle es sich um ein nicht beweismässiges Parteigutachten. Aufgrund der Einwendungen gegen die in Aussicht gestellte Gutachterstelle N. _____ werde neu als Gutachterstelle die Klinik O. _____ vorgeschlagen.

Nachdem der Beschwerdeführer gegen diese Gutachterstelle keine Einwendungen erhob, wurde der Gutachtenauftrag am 6. September 2017 erteilt (act. 8.2/364).

- E.** Der Beschwerdeführer nahm am 18. und 19. Januar 2018 zwei Gutachtertermine bei Dr. P. _____ und Dr. Q. _____ in der Klinik O. _____ wahr, weigerte sich aber, die ihm vorgelegte Ermächtigungserklärung zur Einholung medizinischer Auskünfte zu unterzeichnen. Am 9. Februar 2018 (act. 8.2/404) forderte die Versicherung B. _____ den Beschwerdeführer auf, eine solche Ermächtigung unverzüglich abzugeben und wies ihn unter Einräumung einer Bedenkfrist von 30 Tagen auf die Rechtsfolgen bei Verletzung seiner Mitwirkungspflichten hin. Daraufhin stellte der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 22. Februar 2018 (act. 8.2/410) klar, er wolle einzig die Befreiung vom Arztgeheimnis derjenigen Ärzte verweigern, welche am Gutachten vom 23. Juni 2015 mitgewirkt hätten, also namentlich Dr. R. _____. Wenn Dr. Q. _____ und Dr. P. _____ das Gutachten

nicht ohne Rücksprache mit den früheren Gutachtern erstellen könnten, seien sie nicht die richtigen Gutachter. Der Beschwerdeführer befreie die Ärzte in XY bzw. XX nicht von ihrem Berufsgeheimnis. Mit Schreiben vom 22. Juni 2018 (act. 8.2/415) räumte die Versicherung B. _____ dem Beschwerdeführer eine letzte Frist zur Unterzeichnung einer ihm zugeschickten Ermächtigungserklärung ein, welche eine allgemeine Entbindung der Schweigepflicht von „*involvierten Ärzten und medizinischen Sachverständigen*“ vorsah und wies darauf hin, dass bei unbenutztem Fristablauf das Gutachten als gescheitert betrachtet werde und die Versicherung B. _____ gestützt auf die Akten entscheiden oder Nichteintreten beschliessen werde. Mit Schreiben vom 5. Juli 2018 (act. 8.2/419) hielt der Beschwerdeführer fest, er werde die ihm zugestellte Entbindungserklärung nicht unterzeichnen, da er nicht verpflichtet sei, die früheren Gutachter von deren Schweigepflicht zu befreien. Es werde darum ersucht, neue Gutachter zu bezeichnen, die das Gutachten auch ohne Kontaktaufnahme mit Dr. R. _____ erstellen können.

- F.** Mit Entscheid vom 30. Januar 2019 (act. 8.2/442) wies die Versicherung B. _____ die Einsprache des Beschwerdeführers daraufhin ab, soweit darauf einzutreten sei. Sie hielt fest, der Beschwerdeführer habe letztlich nicht nur die Kontaktaufnahme mit der U. _____ von einer allfälligen Bevollmächtigung der Gutachter ausgeschlossen, sondern er habe vielmehr überhaupt keine Vollmacht zuhanden der Gutachter unterzeichnet; dieses Verhalten könne nicht nachvollzogen werden. In Anwendung von antizipierter Beweismündigkeit könne aber ohnehin von einer weiteren Begutachtung abgesehen werden. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden seien bereits gestützt auf die vorhandenen Unterlagen seit dem 23. Oktober 2012 nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zu betrachten. Auf Basis der gesamten medizinischen Aktenlage sowie der Einschätzung der beratenden Ärzte sei die Einstellung der Versicherungsleistungen zu Recht erfolgt.
- G.** Gegen diesen leistungsabweisenden Einspracheentscheid richtet sich die vom Beschwerdeführer am 4. März 2019 erhobene Beschwerde ans Obergericht mit den eingangs erwähnten Anträgen (act. 1). Mit Vernehmlassung vom 5. Juni 2019 (act. 7) verlangte die Vorinstanz deren Abweisung. Mit Replik vom 30. August 2019 (act. 14) hielt der Beschwerdeführer unverändert an seinen Anträgen fest. Die Vorinstanz reichte am 25. September 2019 eine Duplik ein, ebenfalls unter Festhaltung an ihren bereits gestellten Anträgen (act. 17). Keine der Parteien hatte die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verlangt. Am 30. April 2020 fällte das Gericht einen Zirkularbeschluss.

- H. Auf weitere Einzelheiten im Sachverhalt sowie die Vorbringen der Parteien in den Rechtschriften wird, soweit entscheiderelevant, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Erwägungen

1. Formelles

- a. Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Zuständig für die Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Da der Beschwerdeführer in Reute wohnt, ist die örtliche Zuständigkeit in Appenzell Ausserrhoden gegeben.
- b. Gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [<https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf>], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist. Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.
- c. Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten des Beschwerdeführers als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse mit Bezug auf die Beschwerdeschrift erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).
- d. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2. Materielles

2.1 Vorbemerkungen

- a. Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch hier, weshalb im konkreten Fall das früher geltende Recht zur Anwendung gelangt (vgl. zum Ganzen anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_842/2018 vom 6. Mai 2019, E. 2, m.w.H.).
- b. Gemäss Art. 4 ATSG ist unter dem Begriff „Unfall“, die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper zu verstehen, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Zwischen den Parteien ist dem Grundsatz nach unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 28. Mai 2012 einen Unfall in Sinne dieser Gesetzesbestimmung erlitten hatte, als er als Velofahrer mit einem Auto kollidierte. Die Versicherung B. _____ erbrachte zunächst diverse Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis, verfügte jedoch schliesslich rückwirkend per 23. Oktober 2012 eine Leistungseinstellung, wobei sie zugunsten ihres Versicherten auf die Rückforderung der bis zum Verfügungszeitpunkt im Juni 2015 bereits ausgerichteten Leistungen ausdrücklich verzichtete.
- c. Insoweit die Versicherung B. _____ auf die Einsprache des Beschwerdeführers gegen die leistungseinstellende Verfügung vom 11. Juni 2015 (act. 8.2/146) gemäss Einspracheentscheid vom 30. Januar 2019 (act. 8.2/442) gar nicht eingetreten ist, argumentiert sie, der Beschwerdeführer habe nicht nur die Kontaktaufnahme mit der U. _____ von einer allfälligen Bevollmächtigung der Gutachter ausgeschlossen, sondern er habe überhaupt keine Vollmacht zuhanden der Gutachter unterzeichnet (S. 13 des angefochtenen Einspracheentscheids), was eine Weigerung, beim fraglichen Gutachten mitzuwirken, darstelle. Gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG kann der Versicherungsträger bei unentschuldbarer Verweigerung der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten ihres Versicherten auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen, wenn er die betreffende Person vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen hat, wobei eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen ist. Die

Versicherung B. _____ hat den Beschwerdeführer via dessen Rechtsanwalt mit Schreiben vom 22. Juni 2018 (act. 8.2/415) nachweislich auf seine Mitwirkungspflichten aufmerksam gemacht, ihm eine nochmalige Frist zur Unterzeichnung der Ermächtigungserklärung angesetzt und ihn darauf hingewiesen, bei unbenutztem Verstreichenlassen der Frist werde sie gestützt auf die Akten entscheiden oder Nichteintreten beschliessen. Der Beschwerdeführer stellte sich aber in der Folge ausdrücklich auf den Standpunkt, eine Ermächtigung zur Einholung von Auskünften „*bei involvierten Ärzten und medizinischen Sachverständigen*“ gehe zu weit, er müsse nur die *behandelnden* Ärzte vom Berufsgeheimnis befreien. Er werde deshalb die ihm zugestellte, aus seiner Sicht zu weit gefasste Ermächtigungserklärung (vgl. act. 8.28/413) nicht unterzeichnen. Allerdings unterliess es der Beschwerdeführer bereits, die ihm vorher von der Klinik O. _____ vorgelegte Ermächtigungserklärung (act. 8.2/396) zu unterzeichnen, obwohl diese sich ausdrücklich auf die „*behandelnden Ärzte*“ beschränkte und daher, wie der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gegenüber der Versicherung B. _____ selbst erklärte (vgl. Schreiben vom 22. Februar 2018, act. 8.2/410), eigentlich gar keine ausdrückliche Ermächtigung enthalten hätte, frühere Gutachter von ihrer Schweigepflicht zu befreien. Offenbar hatte aber der Gutachter Dr. Q. _____ den Beschwerdeführer informiert, er benötige Auskünfte von den früheren Gutachtern, welche er gestützt auf diese Ermächtigungserklärung einzuholen gedenke, was erklärt, weshalb der Beschwerdeführer auch diese Erklärung nicht unterzeichnete. Es fragt sich, ob dem Beschwerdeführer unter den gegebenen Umständen anzuraten gewesen wäre, einfach eine Vollmachtserklärung, versehen mit dem ihm wichtigen Vorbehalt, abzugeben - dies, weil er ja gar nicht bestreitet, dass er zu einer jedenfalls die *behandelnden* Ärzte betreffenden Vollmachtserteilung durchaus verpflichtet gewesen wäre. Rein formell betrachtet hat der Beschwerdeführer mit seiner vollständigen Weigerung, jegliche Ermächtigungserklärung zu unterzeichnen, seine Mitwirkungspflichten verletzt, wobei allerdings noch näher zu prüfen wäre, inwieweit sich der Beschwerdeführer diese Mitwirkungspflichtsverletzung unter den gegebenen Umständen nach Treu und Glauben tatsächlich entgegenhalten lassen müsste: Immerhin war auch für die Versicherung B. _____ klar erkennbar, dass der Beschwerdeführer sich einzig daran störte, dass auch Dr. R. _____ bzw. die früheren Gutachter umfassend vom Berufsgeheimnis befreit werden sollten. Es wäre daher naheliegend gewesen, dass die Versicherung B. _____ diesen Umstand von sich aus so berücksichtigt hätte und stattdessen in der dem Beschwerdeführer zur Unterzeichnung zugestellten Ermächtigungserklärung (vgl. dazu act. 8.2/413) konkret angegeben hätte, welche genau definierten Unterlagen zusätzlich von den U. _____-Gutachtern nötig sind (nämlich wohl in erster Linie die radiologischen Unterlagen im Zusammenhang mit dem Untersuch vom 6. Mai 2015, siehe dazu E. 2.4c nachfolgend); unter den gegebenen Umständen darf angenommen werden, dass eine so präzisierte Ermächtigungserklärung wohl vom Beschwerdeführer unterzeichnet worden wäre.

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

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

- a. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) voraus. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (vgl. anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2019 vom 19. September 2019, E. 3, m.w.H.). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, so dass in solchen Fällen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt (Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2019 vom 20. Februar 2020, E. 3.1, namentlich mit Hinweis auf BGE 129 V 177).

- b. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine (oder allenfalls des Status quo ante) der Unfallversicherer. Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift aber erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_623/2019 vom 21. Januar 2020, E. 2.1.2, m.w.H.). Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteile des Bundesgerichts 8C_488/2017 vom 27. November 2017, E. 3.1; 8C_777/2015 vom 22. März 2016, E. 2.2 und 8C_476/2011 vom 5. Dezember 2011, E. 6.3; je m.w.H.).

2.3 Zum Gutachten U. _____ vom 23. Juni 2015

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

- a. Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Versicherung B. _____ habe vor dem Erlass des Einspracheentscheids gar nie Stellung genommen zum aus seiner Sicht beweiskräftigen Gutachten U. _____, was eine Rechtsverweigerung darstelle und damit unabhängig von einer inhaltlichen Prüfung schon aus formellen Gründen zur Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids führe, unberechtigt erscheint. Sinn und Zweck des Einspracheverfahrens ist es, der verfügenden Stelle die Möglichkeit zu geben, die angefochtene Verfügung nochmals zu überprüfen und über die bestrittenen Punkte zu entscheiden, bevor allenfalls die Beschwerdeinstanz angerufen wird. Der Versicherungsträger nimmt in diesem Rahmen soweit nötig weitere Abklärungen vor und überprüft die eigenen Anordnungen aufgrund des vervollständigten Sachverhalts. Das Verwaltungsverfahren wird erst durch den Einspracheentscheid abgeschlossen, welcher die ursprüngliche Verfügung ersetzt (vgl. zum Ganzen auch: Urteil des Bundesgerichts

8C_121/2009 vom 26. Juni 2009, E. 3.5, m.w.H.). Die Versicherung B. _____ hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid ausführlich mit dem Gutachten U. _____ befasst. Somit ist nicht ersichtlich, inwiefern in diesem Zusammenhang eine Rechtsverweigerung vorliegen soll.

- b. Bei der Beurteilung der für die Haftung eines Unfallversicherers entscheidenden Frage, ob ein Gesundheitsschaden als kausal zu einem Unfallereignis zu beurteilen ist oder nicht, stützt sich der Unfallversicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht regelmässig auf medizinische Unterlagen und Berichte von ärztlichen Fachleuten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist gemäss ständiger Rechtsprechung entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_601/2019 vom 7. Januar 2020, E. 3.1, m.w.H.).
- c. Das Gutachten U. _____ wurde vom privaten Unfallversicherer des Beschwerdeführers in Auftrag gegeben, um die Frage zu klären, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden weiterhin kausal auf das Unfallereignis vom 28. Mai 2012 zurückzuführen sind oder nicht. Dr. R. _____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, gab sein neurologisch-psychiatrisches Gutachten am 23. Juni 2015 ab (act. 8.2/198), das neurologische Zusatzgutachten von Dr. V. _____ datiert vom 10. Juni 2015 (act. 8.2/171). Ihre Schlussfolgerungen stützen sich je auf persönliche Untersuchungen des Beschwerdeführers während seines dreitägigen stationären Aufenthalts im Rehabilitationszentrum U. _____ sowie auf die den Gutachtern von der Versicherung M. _____ zur Verfügung gestellten Unterlagen, welche auf S. 4 bis 13 des Gutachtens U. _____ erwähnt sind. Die Vorinstanz weist zu Recht darauf hin, dass diese Unterlagen offensichtlich nicht vollständig waren:
- So wurde der Unfallhergang im Gutachten offenbar gestützt auf eine „Unfall-Schaden-Anzeige“ vom 3. Juli 2012 beschrieben (diese ging vermutlich an die Versicherung M. _____ und ist, soweit ersichtlich, in den vorinstanzlichen Unterlagen nicht enthalten); anamnestische Angaben konnten nicht erhoben werden, da der Beschwerdeführer berichtete, persönlich an den Unfall keine Erinnerungen zu haben (act. 8.2/185). Im Gutachten wird in sachverhaltsmässiger Hinsicht von einem Verkehrsunfall ausgegangen, bei welchem der Beschwerdeführer „von einem Pkw erfasst und schwer verletzt“ (act. 8.2/195) worden sei; an anderer Stelle heisst es, er sei „frontal mit einem Pkw, der etwa 50 km/h fuhr“ zusammengeprallt (act. 8.2/194; ferner auch act. 8.2/189 oben). Diese Schilderung des Unfallhergangs ist nicht nur ungenau, sondern zumindest in Teilen klar

unzutreffend. Gemäss Angaben im Polizeirapport (vgl. act. 2/6), welcher den Unfallhergang wohl am detailliertesten und zeitnahsten beschreibt, befuhr der in die Kollision verwickelte Autolenker nämlich lediglich „im Schrittempo“ das Trottoir, während der Beschwerdeführer dort gleichzeitig in hohem Tempo auf seinem Fahrrad unterwegs war. Die Kollision erfolgte gemäss Angaben im Polizeibericht zudem auch nicht frontal, sondern seitlich. Zu Recht weist die Versicherung B. _____ darauf hin, dass es für die medizinische Beurteilung - und damit insbesondere auch für die hier interessierende Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen Beschwerden und Unfallereignis - durchaus von grosser Bedeutung sein kann, wie sich der Unfall genau abgespielt hat. In diesem Zusammenhang erscheinen die Angaben im Polizeirapport aber zum Vornherein genauer und verlässlicher als jene auf einer nachträglich ausgefüllten Schadenanzeige.

- Den Gutachtern lagen in erster Linie Berichte der behandelnden Hausärzte an die Versicherung M. _____ vor, nicht aber die in den vorinstanzlichen Akten enthaltenen weiteren Facharztberichte. Für eine umfassende medizinische Beurteilung erscheinen allerdings gerade auch letztere Unterlagen durchaus bedeutungsvoll. Die Vorinstanz erwähnt in diesem Zusammenhang namentlich den Bericht der E. _____ vom 18. Februar 2013 (act. 8.2/30), den Bericht vom 2. August 2013 über die tagesklinische Demenzabklärung im Kantonsspital D. _____ (act. 8.2/39), den Bericht der Radiologie I. _____ über die cranio-zerebrale Kernspintomographie vom 24. Juni 2014 (act. 8.2/57) und den psychologischen Bericht der Klinik E. _____ vom 31. Juli 2014 (act. 8.2/64).
- Im Gutachten U. _____ ist auf S. 24 (act. 8.2/175) festgehalten: *„Zweifelloos erlitt A. _____ bei dem Unfall eine substanzielle Hirnschädigung im Sinne einer diffusen axonalen Schädigung, die durch die kernspintomographische Untersuchung objektiviert werden kann. Das nicht pathologische cranielle Computertomogramm vom Unfalltag spricht dem nicht entgegen, da es zu keiner grösseren Hirnblutung oder Hirnquetschung gekommen ist. Diffuse axonale Hirnschädigungen können erst durch kernspintomographische Untersuchungen im posttraumatischen Verlauf nachgewiesen werden.“* Diese Beurteilung scheint allerdings im bereits erwähnten (den Gutachtern allerdings nicht bekannten) Bericht der Radiologie I. _____ vom 29. Oktober 2012 (act. 8.2/284) gerade nicht bestätigt zu werden, nachdem dort rund fünf Monate nach dem Unfallereignis beim Schädel-MR nebst Nebenbefunden ohne Krankheitswert als Befund einzig angegeben wurde: *„Kernspintomographisch kein AP für posttraumatische intrakranielle Blutungsresiduen oder posttraumatische kortikale Kontusionszonen“* und somit offenbar kein Anlass bestand, von einer diffusen axonalen Hirnschädigung auszugehen. Im weiteren Verlaufsbericht der Radiologie I. _____ vom 24. Juni 2014 (act. 8.2/57; dieser lag den Gutachtern ebenfalls nicht vor) sind schliesslich *„unveränderte Befundverhältnisse“* bzw. *„weiterhin normales cranio-zerebrales Kernspintomogramm insbesondere ohne kernspintomographisch fassbare posttraumatische Veränderungen“*

festgehalten. Schon in dem mehrere Jahre vor dem Unfallereignis erstellten cranio-cerebralen Kernspintomogramm vom 30. April 2004 (act. 8.2/262) - das den Gutachtern aber genauso wenig bekannt war wie die bereits aufgeführten späteren Radiologieberichte - wurde auf ein „*kleines venöses Angiom im Mitteldrittel der linken Cella media vom Ventrikelsystem bis zum Cortex ziehend*“ hingewiesen. Ob die Gutachter auch in Kenntnis all dieser für eine abschliessende medizinische Beurteilung durchaus wesentlich erscheinenden Unterlagen an ihrer eigenen Schlussfolgerung im Gutachten festgehalten hätten oder nicht, kann ohne deren konkrete Stellungnahme dazu letztlich nicht beurteilt werden, genauso wenig, wie bekannt ist, ob sie, wenn dies so wäre, dafür eine überzeugende und schlüssige Begründung angeben könnten, die die Anforderungen an den Beweiswert ihrer Einschätzung erfüllen würde. Der Vertrauensarzt der Vorinstanz, Dr. W. _____, hat gemäss seiner Einschätzung vom 12. Dezember 2018 jedenfalls klar darauf geschlossen, die bei der Begutachtung U. _____ im MRT gesehenen klinisch unbedeutenden Nebenfunde seien fehlgedeutet worden. Welche dieser diametral auseinandergehenden medizinischen Einschätzungen aber tatsächlich zumindest überwiegend wahrscheinlich erscheint, kann gestützt auf die aktuellen Unterlagen noch nicht abschliessend beantwortet werden: Eine umfassende, d.h. namentlich in Kenntnis sämtlicher radiologischer Unterlagen erfolgte nachvollziehbare Einschätzung fehlt nämlich bisher, da, wie nachfolgend noch aufgezeigt wird (E. 2.4), wohl auch Dr. W. _____ nicht sämtliche nötigen Unterlagen für eine solche umfassende beweiswertige Beurteilung vorlagen.

- Dem Gutachten U. _____ fehlt es insgesamt an nachvollziehbaren Begründungen für die darin gezogenen Schlussfolgerungen. Sowohl die Aussage auf S. 26 des Gutachtens (act. 8.2/173), wonach das „*Heilverfahren [...] seit 20.08.2013 abgeschlossen*“ sei, als auch die sehr offen formulierte abschliessende Schlussfolgerung im neurologischen Zusatzgutachten, wonach insgesamt „*mittlere unfallbedingte neuropsychologische Funktionseinschränkungen festzustellen*“ seien (act. 8.2/162), bleiben schwierig einzuordnen. Letztlich kann der gutachterliche Schluss von Dr. R. _____, „*der Grad der Beeinträchtigungen beträgt 25%*“ (act. 8.2/174 unten) mangels schlüssiger Herleitung dieser Einschätzung nicht nachvollzogen werden (wobei zusätzlich zu klären wäre, ob mit „*Beeinträchtigung*“ eine Arbeitsunfähigkeit im Sinn des schweizerischen Sozialversicherungsrechts gemeint ist; einen Invaliditätsgrad, wie er im Schweizerischen Recht definiert wird, könnte jedenfalls zum Vornherein nicht der Arzt festlegen, wie die Vorinstanz zu Recht vorbringt; der Neurologe des Kantonsspital D. _____ geht im Bericht 2. März 2017 [act. 8.2/303] ausdrücklich davon aus, aus rein neurologischer Sicht bestünde auf körperlicher Ebene gerade keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weshalb für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor allem eine neuropsychologische Einschätzung relevant sei).

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

2.4 Zu den Stellungnahmen der Vertrauensärzte der Vorinstanz

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

- a. Die Vorinstanz macht geltend, die interessierende Frage nach dem Kausalzusammenhang könne gestützt auf die in den vorinstanzlichen Akten vorhandenen MRT-Bilder bereits abschliessend beurteilt werden, es sei keine neue Untersuchung des Beschwerdeführers nötig. Im konkreten Fall stelle sich letztlich einzig die Frage, ob die Glioseherdchen von den Kantonsspital D. _____-Ärzten, den involvierten Radiologen und den Dres. L. _____ und W. _____ zu Recht konstant als Nebenfunde ohne krankheitswert beurteilt worden seien oder ob diesen der Charakter einer diffusen axonalen Störung zukomme, wie im Gutachten U. _____ behauptet werde. Da gar kein gesicherter neurologischer Befund vorliege, könne zum Vornherein keine neuropsychologische Diagnose gestellt werden.
- b. Ob diese Argumentation zutrifft oder nicht, ist keine juristische, sondern primär eine medizinische Frage. Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es daher - gerade auch im vorliegenden Fall - verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Berichten und Gutachten von versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Auch wenn den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen grundsätzlich Beweiswert zuerkannt wird, so ist doch zu betonen, dass

ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zuzubilligen ist. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Anspruch auf ein unabhängiges Gutachten besteht damit rechtsprechungsgemäss, wenn die verwaltungsinternen Abklärungsergebnisse in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweismässig sind (vgl. dazu anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_824/2018 vom 26. März 2019, E. 3.3, m.w.H.).

- c. Die Versicherung B. _____ geht gestützt auf die Beurteilung ihrer Vertrauensärzte davon aus, der Sachverhalt sei bereits genügend abgeklärt und weitere Abklärungen, namentlich die Einholung eines unabhängigen Gutachtens, würden sich daher erübrigen. Die Beurteilung des zunächst von der Vorinstanz angefragten Vertrauensarztes Dr. L. _____ (act. 8.2/117) wurde allerdings bereits im März 2015 abgegeben, also noch *bevor* der Beschwerdeführer im Mai 2015 im U. _____ begutachtet worden ist; diese Beurteilung ist daher zum Vornherein insoweit als unvollständig zu betrachten, als sie noch gar nicht zum Gutachten U. _____ Stellung nehmen kann. Der später von der Vorinstanz beigezogene Vertrauensarzt Dr. W. _____ gab seine Beurteilung im Dezember 2018 ab (act. 8.2/427). Ihm war das Gutachten U. _____ zwar bekannt, ob ihm aber auch sämtliche für eine umfassende Gesamtbeurteilung relevant erscheinenden MRT-Unterlagen vorlagen, ist fraglich. Folgende bildgebenden Unterlagen erscheinen jedenfalls klar unerlässlich für eine abschliessende medizinische Beurteilung:

- Radiologiebericht / Bildmaterial vom 30. Juni 2004 (act. 8.2/262 und 263):

Diese Unterlagen werden von Dr. W. _____ erwähnt, offenbar hat er die Bilder aber nicht persönlich eingesehen (oder dies jedenfalls nicht so angemerkt). Für eine umfassende medizinische Beurteilung scheint es unabdingbar, auch die Bildunterlagen einzusehen.

- Radiologiebericht / Bildmaterial vom 29. Oktober 2012 (act. 8.2/281-284):

Diesbezüglich hat Dr. W. _____ in seiner Stellungnahme ausdrücklich angemerkt „*Bilder wurden persönlich eingesehen*“ (act. 8.2/427). Da diese Bemerkung nur hier von ihm abgegeben wurde, ist es naheliegend, zu vermuten, dass er sämtliche übrigen bildgebenden Unterlagen gerade nicht persönlich eingesehen hat. Dies erweckt unter den gegebenen Umständen gewisse Zweifel an der Verlässlichkeit seiner Beurteilung.

- Radiologiebericht / Bildmaterial vom 24. Juni 2014 (act. 8.2/57):

In den vorinstanzlichen Akten konnte nur der Bericht gefunden werden; Dr. W. _____ hat in seinem Bericht nicht vermerkt, er habe das dazugehörige Bildmaterial persönlich

gesichtet. Auch hier wäre vor einer abschliessenden medizinischen Beurteilung grundsätzlich zu erwarten, dass nicht nur Berichte, sondern auch das Bildmaterial persönlich gesichtet wird.

- Radiologiebericht / Bildmaterial vom 6. Mai 2015:

Ein Bericht zu der im Gutachten U. _____ erwähnten (act. 8.2/195 oben) kernspintomographischen gutachterlichen Untersuchung ist in den vorinstanzlichen Akten, zumindest soweit ersichtlich, gar nicht enthalten (siehe auch angefochtener Einspracheentscheid, act. 8.2/434: „Dieser Bericht wurde bis dato nicht eingereicht“). Dr. W. _____ zitierte in seiner Stellungnahme zwar das Gutachten U. _____, die radiologischen Unterlagen selber standen ihm aber offensichtlich nicht zur Verfügung.

Der Beschwerdeführer hatte der Vorinstanz auf deren Nachfrage hin (act. 8.2/207) allerdings bereits am 25. Januar 2016 eine CD-ROM in diesem Zusammenhang zukommen lassen (vgl. act. 8.2/208 sowie act. 8.2/274 oben), welche Bilder der kernspintomographischen Untersuchung vom 6. Mai 2015 im U. _____ Klinikum XY zu enthalten scheint. Handschriftlich ist auf dem Begleitbrief des Rechtsvertreters von einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters der Versicherung B. _____ vermerkt worden, diese CD gehe nicht (act. 8.2/208). Bereits auf act. 8.2/124 ist zudem die wohl das in Frage stehende Bildmaterial enthaltende CD abgebildet; ob auch eine physische Kopie der CD für die vorinstanzlichen Akten gemacht wurde und ob diese lesbar war, bleibt unklar, ebenso, ob nebst dem Bildmaterial auch der dazugehörige Bericht auf der CD abgespeichert ist. Aus den Beilagen zur Beschwerde ist der Bericht schliesslich ersichtlich (act. 2/4).

Für eine umfassende medizinische Beurteilung scheint es aber auch hier unabdingbar, dass sowohl der Bericht als auch die dazugehörigen bildgebenden Unterlagen vorliegen, bevor ein medizinischer Sachverständiger sich abschliessend dazu äussert. Diese Auffassung scheinen auch die O. _____-Gutachter zu teilen: Aus Sicht des Gerichts ist es nämlich naheliegend, dass auch die O. _____-Gutachter wohl insbesondere diesen Bericht samt Bildmaterial zusätzlich bei Dr. R. _____ anfordern wollten; auf S. 21 des Gutachtens U. _____ ist zwar immerhin ein kurzer Ausschnitt aus dem Bericht von Dr. E. _____ zitiert worden [act. 8.2/178], dies ersetzt aber nicht den Originalbericht. Da Dr. Q. _____ in act. 8.2/392 ausdrücklich auf die ihm „*aktuell nicht vorliegende Bildgebung*“ im Zusammenhang mit dem Gutachten U. _____ hinwies, verfügte er offenbar gerade nicht über die in act. 8.2/124 abgebildete CD mit den MRT-Bildern. Für eine abschliessende medizinische Beurteilung erscheint aber eine Mitberücksichtigung *sämtlicher* bildgebenden Unterlagen samt dazugehörigen Berichten zwingend nötig. Da diese Unterlagen den O. _____-Gutachtern nicht oder nur unvollständig vorlagen, ist daher nachvollziehbar, dass sie das Gutachten ohne entsprechende Rückfrage bei den Vorgutachtern nicht abgeben wollten.

Aus dem gleichen Grund erfüllt aber auch die vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. W. _____ die Anforderungen an die Beweistauglichkeit nicht, da er genauso wenig über sämtliche, für eine abschliessende Beurteilung nötigen Unterlagen verfügte. Der auf S. 19 der Vernehmlassung (act. 7) angebrachte Vermerk der Vorinstanz, Dr. W. _____ habe sich der Beurteilung, wonach keine unfallkausalen Befunde erhoben wurden, „nach Sichtung aller Bilder“ angeschlossen, trifft also wohl tatsächlich gar nicht zu. Im Übrigen wird vom Beschwerdeführer zu Recht die Frage aufgeworfen, ob der Vertrauensarzt, der Orthopäde und Traumatologe ist, überhaupt als kompetente Fachperson für die Beurteilung dieser Bilder angesehen werden könnte; tatsächlich drängt es sich auch aus Sicht des Gerichts im konkreten Fall geradezu auf, dass eine abschliessende Gesamtbeurteilung der erhobenen radiologischen Befunde durch eine dafür speziell ausgebildete und damit medizinisch klar kompetente Fachperson erfolgt.

- d. Zusammengefasst bestehen somit konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzungen der Vertrauensärzte der Versicherung B. _____ sprechen. Angesichts der dargelegten strengen Rechtsprechung zur Beweiswertigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen sind unter diesen Umständen zwingend ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2019 vom 26. Februar 2020, E. 2.2, m.w.H.). Für die abschliessende medizinische Beurteilung ist es im konkreten Fall nötig, ein unabhängiges Gutachten einzuholen, was im Übrigen die Vorinstanz gemäss E-Mail vom 28. September 2016 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers jedenfalls damals ebenfalls für das angezeigte Vorgehen hielt (act. 8.2/227).

2.5 Zusätzlich nötige Abklärungen mit Bezug auf somatische Beschwerden

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

- a. Noch während der bei der Vorinstanz laufenden Abklärungen im Rahmen des Verwaltungsverfahrens vor dem Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids liess der Beschwerdeführer der Vorinstanz am 19. Dezember 2017 mitteilen, er sei vom Hausarzt einerseits an Hals- Nasen- und Ohrenarzt Dr. X. _____, sowie andererseits an Dr. Y. _____ von der Radiologie I. _____ überwiesen worden. Gemäss Bericht der Radiologie I. _____ vom 2. Oktober 2017 (act. 8.2/381) wurde ein MRT des rechten Schultergelenks erstellt. Dr. X. _____ untersuchte den Beschwerdeführer am 24. November 2017 (act. 8.2/390); mit der

Replik hat der Beschwerdeführer nun im vorliegenden Verfahren einen weiteren Bericht des Ohrenarztes vom 11. März 2019 eingereicht (act. 15/12). Bereits im Schreiben vom 14. Mai 2014 (act. 8.2/54) wies der Beschwerdeführer die Versicherung B. _____ zudem ausdrücklich auf Probleme mit dem Kiefergelenk hin.

- b. Bezüglich *Schulterbeschwerden* enthält der Radiologiebericht (act. 8.2/381) keine konkreten Aussagen zu einem allfälligen Kausalzusammenhang zwischen festgestellten Befunden und Unfallereignis vom 28. Mai 2012. Eine konkrete medizinische Stellungnahme zu dieser Frage erscheint aber unerlässlich, da unter den gegebenen Umständen jedenfalls nicht ohne weiteres ausgeschlossen werden kann, dass vom Beschwerdeführer geklagte Schulterbeschwerden allenfalls in einem Zusammenhang zum Unfallereignis stehen könnten: Bereits im Polizeibericht (act. 2/6) wurde auf Prellungen an Brust, Schulter und Knie hingewiesen. Dass dabei die Rede von der *linken* Körperhälfte war, ist ein offensichtliches Versehen des protokollierenden Polizisten und ändert nichts an der grundsätzlichen Beweiswertigkeit des Polizeirapports, nachdem die Photoaufnahmen (act. 2/3) belegen, dass bei richtiger Betrachtung offensichtlich die *rechte* Körperhälfte vom Sturz betroffen war. Gemäss Bericht vom 9. April 2019 (act. 15/14) wurde der Beschwerdeführer nach dem Velounfall regelmässig in der Osteopathiepraxis Z. _____ betreut, zudem wurden ihm im Zusammenhang mit den Unfallfolgen auch mehrfach Physiotherapien zur Verbesserung der Gelenks- und Muskelfunktionen verordnet (act. 8.2/45, 41-43). Dass beim Beschwerdeführer angeblich überhaupt kein Leidensdruck für die Behandlung somatischer Beschwerden bestanden haben soll, wie die Versicherung B. _____ in der Duplik vorbringt, kann somit nicht ohne weiteres nachvollzogen werden. Der vom Beschwerdeführer verlangte Beizug des Berichts der zentralen Notaufnahme macht in diesem Zusammenhang wohl Sinn, zumal sich der in den vorinstanzlichen Unterlagen vorhandene Bericht der Neurochirurgie (act. 8.2/4) zu somatischen Beschwerden gerade nicht äussert und der Bericht der zentralen Notaufnahme diesbezüglich weiter gefasst sein dürfte. Es ist daher angezeigt, die medizinischen Akten mit diesem Bericht sowie, soweit sich dies aufgrund des Zeitablaufs noch als möglich erweist, mit einem Bericht des behandelnden Physiotherapeuten zu komplettieren.
- c. Dr. X. _____, der den Beschwerdeführer am 24. November 2017 bezüglich *Gehörproblemen* untersuchte, hielt in seinem Bericht (act. 8.2/390) ohne Angabe einer konkreten Wahrscheinlichkeitseinschätzung fest, es sei möglich, dass beim Unfallereignis eine contusio labyrinthi einen Schwindel ausgelöst habe und allenfalls würden auch die aktuellen Schwindelereignisse damit in Zusammenhang stehen. Da jedoch das Reintonaudiogramm und das Sprachaudiogramm eine deutliche Diskrepanz gezeigt hätten, sollten diese Befunde nochmals überprüft werden. In dem im Rahmen der Replik zusätzlich eingereichten Bericht von Dr. X. _____ vom 11. März 2019 (act. 15/12) empfiehlt der

Ohrenarzt ausdrücklich eine gutachterliche Abklärung, um die Kausalität der von ihm diagnostizierten Hörminderung - diese besteht offenbar links, und nicht auf der sonst von somatischen Beschwerden betroffenen rechten Körperseite - abschliessend zu klären. Angesichts dieser unmissverständlichen Äusserung des behandelnden Facharztes kann auch hier nicht ohne weiteres auf vertiefte Abklärungen verzichtet und eine Unfallfolge zum Vornherein ausgeschlossen werden.

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

2.6 Fazit

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

- a. Art. 43 Abs. 1 ATSG schreibt dem Versicherungsträger gesetzlich vor, die an ihn gerichteten Begehren zu prüfen, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Das bedeutet konkret, dass der Versicherungsträger die Pflicht hat, den Sachverhalt bis zur zweifelsfreien Eruierung abzuklären.

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

- b. Angesichts der inzwischen bereits jahrelang dauernden Auseinandersetzung zwischen dem Beschwerdeführer und der Versicherung B. _____ wird die Vorinstanz darauf hingewiesen, dass erwartet wird, dass sie ihren Pflichten möglichst beförderlich nachkommt. Sie wird zunächst innert nützlicher Frist sicherzustellen haben, dass die medizinischen Unterlagen soweit nötig komplettiert werden (zu den wesentlichen Unterlagen gehören, wie sich aus vorstehenden Erwägungen ergibt, etwa der Polizeirapport zur Eruierung des genauen Unfallhergangs, der Bericht der zentralen Notaufnahme des Kantonsspital D. _____, ergänzende Physiotherapieberichte sowie insbesondere auch sämtliche unter E. 2.4c angeführten Radiologieberichte samt Bildmaterial). Anschliessend wird die Vorinstanz ein umfassendes interdisziplinäres Gutachten, das nicht nur die Bereiche Neurologie und Psychiatrie, sondern auch die somatischen Beschwerden (vgl. E. 2.5 vorstehend) berücksichtigt, einzuholen haben.
- c. Gestützt auf die so ergänzten Untersuchungen und Schlussfolgerungen der medizinischen Fachexperten wird die Vorinstanz schliesslich in einer neuen Einspracheentscheid erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu befinden haben. Die Vorinstanz wird vorsorglich darauf hingewiesen, dass ihr Entscheid gestützt auf Art. 49 Abs. 4 ATSG dem Krankenversicherer des Beschwerdeführers ebenfalls zu eröffnen sein wird, damit auch diesem die Möglichkeit eingeräumt wird, gegebenenfalls ein Rechtsmittel dagegen zu ergreifen. Aufgrund des vorliegenden Verfahrensausgangs hat sich eine Beiladung der Krankenkasse zum gerichtlichen Beschwerdeverfahren erübrigt.

3. Kosten und Entschädigung

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

3.2 Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten; diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016, E. 3.1). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang namentlich Art. 13 Abs. 1 lit. c der kantonalen Verordnung über den Anwaltstarif (AT, bGS 145.53), wonach in Verwaltungssachen vor Obergericht die pauschale Bemessung zur Anwendung gelangt. Für das Honorar ist grundsätzlich ein Rahmen zwischen Fr. 1'000.-- bis Fr. 10'000.-- vorgesehen (Art. 16 Abs. 1 AT).

Beim vorliegenden Verfahrensausgang ist der Beschwerdeführer als obsiegend zu betrachten (vgl. dazu anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_509/2019 vom 8. November 2019, E. 6). Der Beschwerdeführer wurde im vorliegenden Verfahren durch seinen Rechtsanwalt vertreten, so dass ihm für diesen Aufwand wie beantragt eine Entschädigung zuzusprechen ist. Insoweit in der Replik vorgetragen wurde, dem Beschwerdeführer seien die „Akten ab Nr. 312“ mit der Beschwerdeantwort erstmals zur Einsicht zugestellt worden, was bei der Entschädigung zu berücksichtigen sei, ist darauf hinzuweisen, dass aus act. 8.2/424 zu schliessen ist, dass die Versicherung B. _____ dem Rechtsvertreter mit Schreiben vom 19. Oktober 2018 die UVG-Akten ab 1. Juni 2018 in Kopie zustellte, nachdem der Rechtsvertreter dies explizit so verlangt hatte (vgl. act. 8.2/423) und somit davon ausgegangen werden kann, dass ihm die vorinstanzlichen Akten bis Ende Mai 2018 sehr wohl bekannt waren. Im Übrigen handelt es sich bei den vorinstanzlichen Akten Nr. 312 ff. (datierend ab Mai 2017) ohnehin in weiten Teilen um eigene Korrespondenz des Rechtsvertreters mit der Versicherung B. _____, so dass sich auch aus diesem Grund kein Anlass ergibt, dem Beschwerdeführer eine höhere Entschädigung als in vergleichbaren Fällen üblich zuzusprechen, selbst wenn er, wie er behauptet, erst nachträglich Kenntnis von diesen ins vorinstanzliche Aktendossier integrierten Akten erhalten haben sollte.

Im Vergleich zu anderen Fällen aus dem Bereich der Unfallversicherung sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache für den Beschwerdeführer

und dem Umfang der erforderlichen Aufwendungen im vorliegenden Beschwerdeverfahren erscheint ein Honorar von pauschal Fr. 5'500.-- als angemessen. Zuzüglich der praxisgemäss üblichen Barauslagenpauschale von 4% sowie der Mehrwertsteuer von 7.7% ergibt sich somit eine Entschädigung im Gesamtbetrag von Fr. 6'160.45, welche dem Beschwerdeführer zulasten der Vorinstanz zuzusprechen ist.

Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde von A. _____ wird gutgeheissen und der angefochtene Einspracheentscheid der Vorinstanz wird aufgehoben. Die Sache wird an die Versicherung B. _____ zurückgewiesen, damit diese nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers entscheide.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung im Betrag von Fr. 6'160.45 zu bezahlen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Annika Mauerhofer

versandt am: 4. Mai 2020

