

200 13 531 UV
GRD/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Juni 2014

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer



gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 27. Mai 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1950 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert, als er am 3. September 2008 einen Verkehrsunfall erlitt (Akten der SUVA [act. IIA] 1). Diesbezüglich wurden von den erstbehandelnden Ärzten des Spitals C. _____, in welchem der Versicherte – mit Unterbrechung – vom 3. bis am 20. September 2008 hospitalisiert war und operativ behandelt wurde, insbesondere Verbrennungen am rechten Vorderarm und am Kopf sowie eine Leberkontusion diagnostiziert (act. IIA 6 – 9; Akten der SUVA [act. IID] 221). Die SUVA anerkannte für diesen Unfall ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. u.a. act. IIA 20 und 23; vgl. auch Akten der SUVA [act. IIC] 180).

Am 2. Februar 2009 wurde der Versicherte Opfer eines Entreisssdiebstahlversuchs und erlitt dabei insbesondere eine Rissquetschwunde an der linken Augenbraue (Akten der SUVA [act. II] 1 – 3). Auch hinsichtlich dieses Ereignisses richtete die SUVA die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus (vgl. act. IIC 180).

B.

In der Zwischenzeit hatte sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung unter Hinweis auf einen seit Januar 2007 bestehenden starken Durchfall nach einem Magenbypass zum Leistungsbezug angemeldet (act. IIA 45 S. 32). Nach medizinischen und erwerblichen Erhebungen wurde dem Versicherten vom 1. Januar 2008 bis am 30. April 2009 bei einem Invaliditätsgrad von 90% eine ganze IV-Rente und ab dem 1. Mai 2009 bei einem Invaliditätsgrad von 67% eine Dreiviertelsrente zugesprochen (Verfügung vom 16. November 2009; Akten der SUVA [act. IIB] 96). Nachdem der Versicherte die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde (act. IIB 132

S. 14 ff.) zurückgezogen hatte, schrieb das Verwaltungsgericht des Kantons Bern das Beschwerdeverfahren mit Urteil vom 23. März 2010, IV/2009/1327 (act. IIB 132 S. 2 f.), als erledigt vom Protokoll ab.

C.

Nachdem die SUVA hinsichtlich des Ereignisses vom 3. September 2008 diverse medizinische Unterlagen eingeholt hatte, liess sie den Versicherten am 31. Oktober 2011 sowohl durch den Kreisarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, wie auch durch Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, versicherungspsychiatrischer Dienst der SUVA Bern, untersuchen (act. IIC 197 und 198).

Am 21. März 2012 (act. IIC 180) verfügte die SUVA bezüglich des Ereignisses vom 3. September 2008 die Leistungseinstellung per 31. März 2012, da die weiterhin geklagten Beschwerden in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum besagten Ereignis stünden. Ferner hielt sie fest, dass die Behandlung der beim Ereignis vom 2. Februar 2009 erlittenen Verletzungen der linken Hand weiterhin zu ihren Lasten gehe. Mit der verfügten Leistungseinstellung zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und liess am 20. April 2012 Einsprache erheben (act. IIC 182).

Mit Entscheid vom 27. Mai 2013 (act. IIC 202) hielt die SUVA hinsichtlich des Ereignisses vom 3. September 2008 an der Leistungseinstellung fest und wies die Einsprache ab.

D.

Hiergegen liess der Versicherte am 13. Juni 2013 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen:

1. Die Verfügung vom 21. März 2012 und der Einspracheentscheid vom 27. Mai 2013 seien aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab dem 1. April 2012 weiterhin die gesetzli-

chen Leistungen gemäss UVG auszurichten, insbesondere die Taggelder basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 100%.

3. Es sei eine interdisziplinäre Begutachtung zur Bemessung der Invalidität und der Integritätsbemessung in Auftrag zu geben.

– unter Kostenfolge –

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2013 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine neurologische Beurteilung des Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, von der Abteilung Versicherungsmedizin, vom 9. Oktober 2013 (act. IID 223) auf Abweisung der Beschwerde.

In seinen Schlussbemerkungen vom 21. November 2013 hielt der Beschwerdeführer an den beschwerdeweise geltend gemachten Ausführungen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des

kantonales Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 27. Mai 2013 (act. IIC 202). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund des Ereignisses vom 3. September 2008 über den 31. März 2012 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat und dabei insbesondere, ob die weiterhin geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum besagten Ereignis stehen.

Soweit der Beschwerdeführer Ansprüche aus dem Ereignis vom 2. Februar 2009 geltend macht resp. machen sollte, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Denn der angefochtene Einspracheentscheid hat einzig die Leistungspflicht hinsichtlich des Ereignisses vom 3. September 2008 zum Gegenstand. Diesbezüglich mangelt es somit an einem Anfechtungsobjekt (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.4 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung

gung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.4.1 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250, 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

2.4.2 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung.

2.4.3 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine mass-

gebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 8 E. 5.2) – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183). Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) 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 Kausalzusammenhanges 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 middle-

ren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5).

2.5 Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

2.6 Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 3. September 2008 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl.

E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Diesbezüglich geht aus den Akten insbesondere hervor und wird von den Parteien nicht bestritten, dass der Beschwerdeführer beim besagten Unfall Zahnschäden (u.a. Frakturen) erlitten hat (act. IIA 12). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch die Kosten für die erfolgreich abgeschlossene Sanierung der unfallbedingten Zahnschäden übernommen (act. IIB 133, 136, 151, 153). Dass bezüglich der unfallbedingten Zahnschäden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht, geht aus den Akten nicht hervor und wird auch nicht geltend gemacht. Weiter geht aus den Akten unbestrittenerweise hervor, dass der Beschwerdeführer krankheitsbedingt – und somit unfallfremd – an einer Herzerkrankung, an einem Diabetes Mellitus Typ II und an einer Diarrhoe bei Status nach einer Magenbypassoperation im Januar 2007 leidet (act. IIA 33). Aufgrund der persistierenden Diarrhoe wurde von den behandelnden Ärzten ab dem 1. Januar 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. u.a. act. IIA 33 S. 2, 45 S. 21 und S. 40). Ab Juli 2009 wurde diesbezüglich keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert, wobei die Ärzte für die Zukunft von einem stabilen Zustand ausgingen (act. IIB 61).

3.2 Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 31. März 2012 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die – neben den zuvor angeführten krankheitsbedingten Beschwerden – über den 31. März 2012 hinaus geklagten gesundheitlichen Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 3. September 2008 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.2.1 Der Beschwerdeführer war nach dem Verkehrsunfall vom 3. bis am 5. und vom 9. bis am 20. September 2008 im Spital C. _____ hospitalisiert (act. IID 221 und act. IIA 9). Im Austrittsbericht vom 8. September 2008 (act. IID 221) wurden eine Verbrennung Grad IIa Unterarm rechts dorsalseits, eine Verbrennung Grad I über dem Skalp, eine Leberkontusion sowie eine Kontusion des Sternums (Brustbein), der Flanke rechts und des Beckenkamms rechts diagnostiziert (S. 1). Anlässlich der Erstuntersuchung

habe der Beschwerdeführer Schmerzen im Bereich des Sternums, des rechten Oberbauchs, der rechten Flanke, der HWS und Brustwirbelsäule (BWS), des Skalps und des rechten Unterarms angegeben (S. 2). Bei den am Unfalltag durchgeführten bildgebenden Untersuchungen hätten keine ossären Läsionen der HWS und der BWS, keine Läsion der parenchymatösen Organe, kein Perikarderguss, kein Häm- oder Pneumothorax, keine freie Flüssigkeit, keine intracranielle Blutung und keine Hinweise auf Schädelfrakturen festgestellt werden können. Es habe sich aber eine kleine Hiatushernie und eine fragliche Fraktur der rechten Clavicula medial am Sternoclavicular-Gelenk gefunden (S. 1).

Aufgrund der erlittenen Verbrennung am rechten Unterarm wurde der Beschwerdeführer während seines Spitalaufenthaltes drei Mal operativ behandelt (act. IIA 9; vgl. auch act. IIA 6 – 8).

3.2.2 Dr. med. G. _____, Facharzt für Hämatologie und für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 13. März 2009 (act. IIA 33) Verbrennungen Grad IIb bis III Vorderarm rechts, eine Zervikobrachialgie beidseits, ein Impingement-Syndrom Schulter beidseits, linksbetont sowie eine Zunahme einer reaktiven Depression nach Unfall und Raubüberfall. Als objektiver Befund führte der Arzt eine deutliche Einschränkung der HWS-Beweglichkeit und eine eingeschränkte Schultermotilität links an. Seit dem Verkehrsunfall bestünden Beschwerden im Bereich des linksseitigen Thorax, der linksseitigen Hüfte und des linken Knies nach Kontusion (S. 1). Schliesslich attestierte er eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit, wobei eine solche aufgrund der invalidisierenden Diarrhoe bereits vor dem Verkehrsunfall bestanden habe (S. 2).

3.2.3 Aufgrund intermittierend auftretender Sehstörungen rechts wurde der Beschwerdeführer im Spital H. _____ untersucht. Im diesbezüglichen Bericht vom 27. August 2009 (act. IIB 60) wurde ein Verdacht auf eine systemische Hypotonie, differentialdiagnostisch eine Migräne, diagnostiziert. Die beschriebenen zwei- bis dreiminütigen Episoden von rechtsseitigen Kopfschmerzen, welche ein bis zwei Mal pro Monat auftraten, hätten anhand des ophthalmologischen Status nicht eindeutig geklärt werden können (S. 1). Die geschilderten Wahrnehmungen seien möglicherweise im Rahmen einer Durchblutungsstörung zu erklären. Die durchgeführte bild-

gebende Untersuchung habe keine frische Ischämie, keine Carotis-Dissektion und keine Stenose gezeigt (S. 2).

3.2.4 Vom 19. bis am 28. August 2009 war der Beschwerdeführer im Spital H._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 7. September 2009 (act. IIB 64) wurden insbesondere eine vaskuläre Leukenzephalopathie und ein chronischer Spannungskopfschmerz diagnostiziert. In den letzten drei Wochen sei es wiederholt zu einem Einknicken im rechten Bein mit Sturzfolge gekommen (S. 1). Aufgrund des stereotypen Auftretens der Beschwerden im rechten Bein mit Verdrehen des Beines nach innen sei ein epileptisches Geschehen möglich und auch bei negativem EEG letztlich nicht ausgeschlossen. Für eine Myelopathie bestünden keine Anhaltspunkte (S. 2). Hinsichtlich der geklagten Kopfschmerzen sei am ehesten von chronischen Spannungskopfschmerzen auszugehen. Bei degenerativ veränderter HWS sei auch eine cervikogene Ätiologie möglich (S. 3).

3.2.5 Lic. phil. I._____, klinischer Psychologe Psychotherapeut FSP, diagnostizierte im Bericht vom 16. November 2009 (act. IIB 88) eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) und eine protrahierte Belastungsreaktion (mittelgradig bis schwere depressive Verstimmungen, Intrusionen, Schlafstörungen, psychosomatische Symptome) aufgrund des Unfalls vom 2. (richtig: 3.) September 2008. Neben den typisch posttraumatisch erscheinenden Intrusionen seien gegenwärtig weitere psychosomatische Symptome vorhanden wie Schmerzempfinden, gastrointestinale Beschwerden und Kopfschmerzen. Auffällig sei zusätzlich der kognitive Bereich hinsichtlich Konzentration, Aufmerksamkeit und Kommunikation (S. 1). Zu Beginn der Behandlung sei in erster Linie eine Stabilisierung notwendig gewesen, da der Beschwerdeführer schwer depressiv verstimmt gewesen sei. Dies habe durch eine Veränderung der pharmakotherapeutischen Unterstützung und supportive Gespräche erreicht werden können. Durch die Verbesserung der depressiven Symptomatik hätten die Intrusionen abgenommen, so dass eine PTBS in den Hintergrund gerückt sei. Gegenwärtig hätten die Intrusionen jedoch wieder zugenommen (S. 2).

3.2.6 Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im Bericht vom 1. Februar 2010 (act. IIB 109) als Diagnosen eine Entwicklung einer chronischen PTBS sowie einer depressiven

Störung nach schwerem Unfall im September 2008 (ICD-10 F43.1 und F32.11) auf. Der Beschwerdeführer leide unter einer grossen inneren Unruhe, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, sich aufdrängenden Bildern vom Verkehrsunfall sowie unter sehr belastenden Bildern von Unfallstellen, zu denen er früher als ... oft als erster gekommen sei. Er leide auch an Flashbacks und habe schwere Schlafstörungen (S. 1). Es sei davon auszugehen, dass die psychischen Beschwerden kausal zum Unfall vom 3. September 2008 seien (S. 2).

3.2.7 Der Kreisarzt Dr. med. D. _____ führte im Bericht vom 31. Oktober 2011 (act. IIC 197) an, bei der Untersuchung habe der Beschwerdeführer auf das nächtliche Erwachen wegen diverser schwerer Unfälle verwiesen, die er im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit erlebt habe. Ferner habe er über Schmerzen an der ganzen rechten Seite lumbal, über Kopfschmerzen rechts und über eine Kraftminderung am rechten Arm geklagt. Bei der klinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer ein unbehindertes Verhalten betreffs der oberen Extremitäten rechts gezeigt, wobei sich das mit Spalthaut bedeckte Areal über den Vorderarm rechts als sehr schön präsentiere. Ferner zeige sich eine geringgradig eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, ohne Verspannung der Paracervicalmuskulatur. Die angegebenen Sensibilitätsstörungen an den Fingerkuppen der rechten Hand liessen sich keinem anatomischen Substrat zuordnen. Weiter wies der Kreisarzt darauf hin, die bildgebenden Untersuchungen im August 2009 hätten keinen unfallbedingten strukturellen Schaden, jedoch multietagere degenerative Veränderungen gezeigt. Zusammenfassend führte er aus, als unfallbedingte strukturelle Läsion liege einzig ein Status nach plastischer Deckung nach Verbrennung der Haut im Bereich des Vorderarms rechts vor (S. 11). Den geklagten Kopfschmerzen sowie den Schmerzen im Bereich der HWS und der Lendenwirbelsäule (LWS) fehle ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung. Der Zustand nach Verbrennung der Haut im Bereich des Vorderarms rechts und Status nach plastischer Deckung mittels Spalthaut hinterlasse keinen die Erwerbsfähigkeit oder die körperliche Integrität beeinträchtigenden Zustand (S. 12).

3.2.8 Dr. med. E. _____ führte am 31. Oktober 2011 (act. IIC 198) aus, trotz früheren Belastungen (traumatisierende Berufserfahrungen wie ..., Diabetes Mellitus, Herzinfarkt, Durchführung einer Magenband- und später einer Bypassoperation wegen starkem Übergewicht) sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bis zum Unfallereignis (vom 3. September 2008) psychiatrisch gesehen weitestgehend gesund gewesen sein dürfte, bzw. zu 100% arbeitsfähig gewesen sei, obwohl etwa eine latente Depression nicht ausgeschlossen werden könne. Nach dem Unfall hätten sich psychische Auffälligkeiten gezeigt, aufgrund welcher zuerst eine psychologische und anschliessend eine psychiatrische Behandlung aufgenommen worden sei (S. 14 f.). In der aktuellen Untersuchung habe sich ein psychopathologisches Bild mit Konzentrationsstörungen, Gedächtnisproblemen, depressiver Stimmungslage, Antriebsverlust, Schlafstörungen, einer gewissen Rückzugstendenz, emotionaler Stumpfheit bzw. Abflachung sowie Antriebsverlust und Müdigkeit gezeigt. Diagnostisch lasse sich eine mittelgradige depressive Symptomatik (ICD-10 F32.1) feststellen, wobei die ängstliche depressive Problematik im Vordergrund zu stehen scheine. Die PTBS in Bezug auf das Unfallereignis imponiere eher subsyndromal (S. 15). Aus psychiatrischer Sicht stelle das Unfallereignis einen Teil einer kausalen Kette der nachfolgenden Entwicklung dar, weshalb die natürliche Kausalität der jetzigen Beschwerden zum Unfall im Sinne eines teilkasualen Zusammenhangs gegeben sei. Weiter führte die Psychiaterin aus, eine psychiatrische Behandlung sei indiziert, um langfristig eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit herbeizuführen (S. 16 f.).

3.2.9 Dr. med. G. _____ führte im Bericht vom 15. Mai 2012 (act. IIC 188) aus, der Beschwerdeführer klage über einschiessende Schmerzen mit konsekutiver Schwäche des rechten Arms und des rechten Beins. Die Ursachen dieser Symptome dürften in den Veränderungen im Bereich der HWS und der LWS bestehen mit nachgewiesenen Diskopathien Höhe C6/7 rechts und L4/5 rechts. Daneben bestünden auch degenerative Wirbelsäulenveränderungen. Daneben klage er über Kopfschmerzen. Die Schlafstörungen persistierten weiter als Zeichen der massiven Traumatisierung durch den Unfall vom 3. September 2008. Auf die Frage, ob der Unfall vom 3. September 2008 eine Teilursache der erhobenen Diagnosen sei, führte der Arzt an, die beschriebenen Symptome und Beschwerden seien

vor dem Unfall nicht registriert worden. Bezüglich des Heilungsverlaufs seien keine wesentlichen Änderungen mehr zu erwarten. Es sei mit grosser Wahrscheinlichkeit der Endzustand eingetreten.

3.2.10 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 22. Februar 2013 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 19) zu den Akten, in welchem insbesondere unklare, attackenartige Paresen von Arm und Bein rechts und rechtshemikranielle Kopfschmerzen diagnostiziert wurden (S. 1). Phänomenologisch erinnerten die angegebenen Schwächen der rechten Extremitäten an transient-ischämische Attacken. Die deswegen durchgeführten bildgebenden Untersuchungen hätten jedoch weder einen stenosierenden Prozess noch frische Ischämien gezeigt. Nicht gänzlich auszuschliessen sei auch bei fehlenden epilepsietypischen Potentialen ein epileptisches Geschehen. Zusätzlich beklage der Beschwerdeführer einen streng rechtsseitig auftretenden Kopfschmerz. Für eine Hemicrania continua bestünden aber kopfschmerzfreie Intervalle, sodass diese Diagnose nicht gestellt werden könne. Für eine paroxysmale Hemikranie seien die Schmerzen zu lange andauernd. Für eindeutig neuropathische Schmerzen seien die Attacken zu lange. Insgesamt konnte der Facharzt die Schmerzen nicht einer eindeutigen primären Kopfschmerzart zuordnen (S. 3).

3.2.11 Ferner reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht von Dr. med. J. _____ zu den Akten. Diese diagnostizierte am 11. Juni 2013 (act. I 17) eine chronisch subsyndromale PTBS nach Unfall im September 2008, eine mittelschwere Depression sowie einen unklaren, unberechenbaren Muskeltonusverlust der rechten Körperseite mit zunehmender Verletzungsgefahr. Einen Kausalzusammenhang zwischen den angeführten Diagnosen mit dem Unfall vom 3. September 2008 bejahte die Psychiaterin (S. 1).

3.2.12 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdegegnerin eine neurologische Beurteilung von Dr. med. F. _____ vom 9. Oktober 2013 (act. IID 223) zu den Akten. Dieser führte aus, für die angeführten Beschwerden sei keine unfallbedingte organische Grundlage identifizierbar. Der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin vom 11. Juni 2013 könne aus somatischer Sicht insofern nicht gefolgt werden, als dass

eine Teilursache für die das neurologische Fachgebiet betreffenden unklaren Muskeltonusverluste der rechten Körperseite nicht mit dem versicherungsmedizinisch notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne. Abgestützt auf den Beschwerdeverlauf, die dokumentierten neurologischen Befunde und die dokumentierten Befunde der Bildgebung könne zudem aus neurologischer Sicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Kopfschmerzen oder die Schmerzen im rechten Arm in einem kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 3. September 2008 stünden. Diesbezüglich müsse darauf verwiesen werden, dass im Anschluss an die umfassenden Abklärungen keiner der einbezogenen neurologischen Fachärzte in nachvollziehbarer Weise einen posttraumatischen Kopfschmerz oder einen neuropathischen Schmerz im Bereich des rechten Arms diagnostiziert habe (S. 9).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Vorliegend erfüllen die Berichte der Dres. med. D._____ und E._____ vom 31. Oktober 2011 (act. IIC 197 und 198) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und überzeugen. Die beiden Fachärzte haben sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Kausalität nachvollziehbar begründet, so dass darauf abzustellen ist.

3.4.1 Aus somatischer Sicht hat Dr. med. D._____ im Bericht vom 31. Oktober 2011 (act. IIC 197) einleuchtend dargelegt, dass als unfallbedingte strukturelle Läsion – und somit organisch objektiv ausgewiesen – einzig ein Status nach plastischer Deckung nach Verbrennung der Haut im Bereich des Vorderarms rechts besteht, welcher keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit hat. Ferner hat er schlüssig begründet, dass den geklagten Kopfschmerzen sowie den Schmerzen im Bereich der HWS und der LWS ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung fehlt (S. 11 f.). Darauf ist abzustellen.

Diese Beurteilung ist nicht nur für sich allein nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie steht auch im Einklang mit den zahlreich durchgeführten bildgebenden und fachärztlichen Untersuchungen. So haben bereits die am Unfalltag durchgeführten bildgebenden Untersuchungen keine Hinweise auf aktuelle Traumafolgen am Schädel, den Thorax- und Abdominalorganen, der HWS, der LWS, der BWS, dem Becken sowie den grossen intraparenchymatösen Organen gezeigt (act. IIA 44, act. IID 221 S. 1). Ferner haben auch die im weiteren Verlauf durchgeführten ophthalmologischen und neurologischen Untersuchungen keine Hinweise auf eine traumabedingte organische Ursache insbesondere der geklagten Kopfschmerzen und der Beschwerden der rechten Extremitäten ergeben (act. IIB 60, 64; act. I 19). Und letztlich kam auch Dr. med. F._____ in seinem Bericht vom 9. Oktober 2013 (act. IID 223) gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten zum Schluss, dass die angeführten Beschwerden keine unfallbedingte Grundlage aufweisen würden (S. 9). Dagegen haben die im

August 2009 durchgeführten bildgebenden Untersuchungen insbesondere degenerative Veränderungen an der LWS und der HWS gezeigt (act. IIB 48, 49). Dr. med. G. _____ führte die geklagten einschliessenden Schmerzen mit konsekutiver Schwäche des rechten Armes und des rechten Beines denn auch auf diese degenerativen Veränderungen zurück (act. IIC 188).

3.4.2 Aus psychiatrischer Sicht hat Dr. med. E. _____ im Bericht vom 31. Oktober 2011 (act. IIC 198) nachvollziehbar aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode und an einer subsyndromalen PTBS leidet und dass diese psychischen Beschwerden in einem (Teil-)Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 3. September 2008 stehen.

Diese überzeugende Beurteilung findet ihren Rückhalt in den vorliegenden medizinischen Akten. So bejahte insbesondere auch die behandelnde Psychiaterin einen (natürlichen) Kausalzusammenhang zwischen der diagnostizierten mittelschweren Depression und der subsyndromalen PTBS und dem Unfall vom 3. September 2008. Hinweise, die gegen diese Beurteilung sprechen würden, finden sich in den Akten nicht und werden im Übrigen von den Parteien auch nicht geltend gemacht.

3.4.3 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht auf einer organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge beruhen und dass die bestehenden psychischen Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 3. September 2008 stehen. Diesbezüglich sind weitere Abklärungen, insbesondere die Durchführung einer interdisziplinären Begutachtung – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 10 f. Art. 6; Schlussbemerkung S. 2 Art. 11) –, nicht notwendig, da von weiteren Beweismassnahmen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweismassnahmen; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.5 Nachfolgend ist in Bezug auf die bestehenden, natürlich kausalen psychischen Beschwerden die adäquate Kausalität zu prüfen (vgl. E. 2.4 hiavor). Dabei ist vorab zu prüfen, ob der Beschwerdeführer beim Unfall vom 3. September 2008 ein Schleudertrauma, eine dem Schleudertrauma

äquivalente Verletzung der HWS oder ein Schädel-Hirntrauma (vgl. E. 2.4.2 hiervor) erlitten hat. Dies ist jedoch gestützt auf die vorliegenden Akten zu verneinen. Zwar hat der Beschwerdeführer gegenüber den erstbehandelnden Ärzten Schmerzen im Bereich der HWS angegeben (act. IID 221 S. 2). Diese Ärzte stellten jedoch nach eingehender Untersuchung nicht die Diagnose einer HWS-Distorsion oder einer äquivalenten Verletzung. Dagegen diagnostizierten sie Verbrennungen am Unterarm rechts sowie über dem Skalp, eine Leberkontusion sowie eine Kontusion des Sternums (Brustbein), der Flanke rechts und des Beckenkamms rechts (act. IID 221; vgl. auch act. IIA 9). Zudem zeigten die am Unfalltag durchgeführten bildgebenden Untersuchungen weder am Schädel noch an der HWS Nachweise von aktuellen Unfallfolgen (act. IIA 44). Die Ärzte stellten insbesondere keine ossären Läsionen der HWS und der BWS und auch keine Hinweise auf Schädelfrakturen fest (act. IID 221; vgl. auch act. IIA 9). Unter diesen Umständen ist die Adäquanz nach den in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätzen zu beurteilen (E. 2.3.2 hiervor).

Die Prüfung der Adäquanz eines Kausalzusammenhangs ist bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. September 2013, 8C_295/2013, E. 3.1; vgl. auch E. 2.5 hiervor). Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall per 31. März 2012 abgeschlossen hat, da spätestens ab dem Zeitpunkt der Untersuchung des Kreisarztes (act. IIC 197) am 31. Oktober 2011 aus somatischer Sicht keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden konnte.

4.

4.1 Bezüglich der Schwere des erlittenen Unfalles (vgl. E. 2.4.3 hiervor) ging die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid von

einem mittelschweren Unfall im mittleren Bereich aus (act. IIC 202 S. 6 Ziff. 3c), während der Beschwerdeführer ausführt, der Unfall sei als schwerer oder zumindest als mittelschwerer im Grenzbereich zu den schweren zu beurteilen (Beschwerde S. 12 f. Art. 8 f.).

4.1.1 Das Bundesgericht qualifizierte etwa Unfälle als mittelschwer, aber nicht im Grenzbereich zu den schweren liegend, bei welchen das Fahrzeug mit der versicherten Person bei einem Überholmanöver mit ca. 100 km/h abrupt abgebremst wurde, dabei ins Schleudern geriet, gegen einen Strassenwall prallte, sich überschlug und auf der Fahrerseite zu liegen kam (Entscheid des BGer vom 5. Februar 2008, 8C_169/2007, E. 4.2), einen Lastwagen beim Überholen touchierte und sich überschlug (Entscheid des BGer vom 14. Januar 2008, 8C_743/2007, Sachverhalt und E. 3), von der Strasse abkam und sich überschlug (Entscheid des BGer vom 29. Oktober 2007, U 213/06, Sachverhalt und E. 7.2), auf der Autobahn in einer Kurve ins Schleudern geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam (Entscheid des BGer vom 15. März 2007, U 258/06, Sachverhalt und E. 5.2) oder sich bei einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h auf einer Autobahn über eine Mittelleitplanke hinweg überschlug – wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde – und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam (Entscheid des BGer vom 16. Mai 2007, U 492/06, E. 4.2; vgl. auch Entscheid des BGer vom 11. September 2009, 8C_915/2008, E. 5.1). Als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen qualifizierte das Bundesgericht einen Unfall, bei welchem ein Lastwagen mit einem Personenwagen auf der Autobahn kollidierte, worauf dieser zuerst mit der rechten, anschliessend mit der linken Tunnelwand kollidierte und die Windschutzscheibe durch heftigen Kopfanprall barst (Entscheid des BGer vom 4. September 2008, 8C_257/2008, E. 3.3.3). Gleiches gilt für den Unfall, bei dem der Versicherte mit einem Personenwagen auf der Überholspur der Autobahn fuhr und bei einer Geschwindigkeit von etwa 130 km/h plötzlich ins Schleudern geriet, die Normalspur und den Pannestreifen überquerte und mit der Böschung kollidierte, wobei sich das Fahrzeug überschlug. Der Personenwagen wurde auf die Überholspur zurückgeschleudert und kam auf den Rädern stehend zum Stillstand. Beim Überschlagen wurde der Beifahrer aus dem Dachfenster auf die Böschung geschleudert. Der Versicherte konnte

das Fahrzeug nicht mehr eigenständig verlassen (Entscheid des BGer vom 11. Februar 2009, 8C_799/2008, E. 3.2.2).

4.1.2 Für die Adäquanzbeurteilung ist an das (objektiv fassbare) Unfallereignis anzuknüpfen (vgl. E. 2.4.3 hiervor). Aus den Polizeiakten (act. IIA 10 S. 6) geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 3. September 2008 mit einer Geschwindigkeit von ca. 50 km/h kurz vor einer starken Linkskurve mit einem entgegenkommenden Lastwagen, der teilweise auf der Fahrbahn des Beschwerdeführers fuhr, mit dem Heck kollidierte und dabei die Herrschaft über sein Auto verlor. Der Beschwerdeführer fuhr auf die linke Fahrbahn, korrigierte mit höchster Wahrscheinlichkeit nach rechts und kollidierte in der Linkskurve mit der Leitplanke. Dabei fuhr der Wagen über die Leitplanke hinaus und kam ca. 30 Meter unterhalb der Strasse an einem Baum zum Stehen. Sein Fahrzeug fing Feuer und brannte vollständig aus. Der Beschwerdeführer konnte sich aus eigener Kraft aus dem Fahrzeug befreien und zur Strasse hinaufsteigen.

In Anbetracht der zuvor dargelegten Kasuistik und mit Blick auf den augenfälligen Geschehensablauf ist das Ereignis vom 3. September 2008 als mittelschwerer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen zu qualifizieren. Das objektive Unfallereignis erweist sich in seiner Gesamtheit als eindrücklicher, als die soeben zitierten Entscheide, in welchen das Bundesgericht die Unfälle als mittelschwer im engeren Sinn qualifizierte. Denn der Beschwerdeführer ist vorliegend nicht nur mit einer Geschwindigkeit von ca. 50 km/h mit einem entgegenkommenden Fahrzeug (Lastenwagen) kollidiert (mit dem Heck), sondern er hat auch die Herrschaft über sein Fahrzeug verloren, ist mit der Leitplanke kollidiert, schoss über diese hinaus, stürzte mit dem Fahrzeug (vgl. act. IIB 89 S. 32 f.: "chute") ca. 30 Meter hinunter und kam erst an einem Baum zum Stehen. Darüber hinaus fing sein Fahrzeug Feuer und brannte vollständig aus.

4.1.3 Zur Bejahung der Adäquanz muss somit ein einziges von den zur Adäquanzprüfung heranzuziehenden Kriterien nachgewiesen sein (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

4.2 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht auf-

grund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Der nachfolgende Heilungsprozess wird bei diesem Kriterium nicht einbezogen (Entscheidung des BGer vom 28. Oktober 2013, 8C_372/2013, E. 7 mit Hinweisen).

Vorliegend ereignete sich der Unfall vom 3. September 2008 am Abend (Eingang der Unfallmeldung: 21.16 Uhr) bei Dunkelheit (vgl. act. IIA 10 S. 7 Ziff. 142). Der Beschwerdeführer kollidierte zuerst mit dem Heck mit einem entgegenkommenden Fahrzeug und dann mit der Leitplanke. Sein Fahrzeug kam ca. 30 Meter unterhalb der Strasse zum Stehen und fing Feuer. Er konnte sich aus eigener Kraft aus dem brennenden Fahrzeug retten und stieg anschliessend das Bord hinauf zur Strasse (act. IIA 10 S. 6). Hinsichtlich des genauen Geschehens nach der Kollision resp. nach dem Sturz des Fahrzeugs fehlen in den Polizeiakten detaillierte Angaben. Diesbezüglich hat der Beschwerdeführer jedoch bereits bei seiner ersten Aussage gegenüber der Kantonspolizei Bern vom 4. September 2008 angegeben, er habe nach der Kollision nur noch gesehen, wie das Auto gebrannt habe und er habe versucht, aus dem Fahrzeug zu gelangen (act. IIA 10 S. 13). Sodann hat er später gegenüber Dr. med. E. _____ glaubhaft (was auch von der Beschwerdegegnerin nicht in Frage gestellt wird) geschildert, dass er die Türe seines Fahrzeuges nur habe öffnen können, indem er hinter die Armaturen gegriffen habe, um die Verriegelung zu öffnen. Dieses "Manöver" sei ihm nur aufgrund seiner jahrelangen Tätigkeit als ... gelungen (act. IIC 198 S. 9 unten). Der Unfallverursacher verliess die Unfallstelle, ohne sich um den Beschwerdeführer zu kümmern oder Rettungskräfte zu alarmieren.

Gestützt auf den zuvor geschilderten objektiven Geschehensablauf rechtfertigt es sich aufgrund des Zusammenspiels verschiedener Faktoren – Dunkelheit; Sturz mit Fahrzeug mit Aufprall an einem Baum ca. 30 Meter unterhalb der Strasse; Eingeschlossen im brennenden Fahrzeug; Flucht des Unfallverursachers ohne Hilfe zu leisten oder zu organisieren – das

Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu bejahen.

Damit liegt bereits eines der von den zur Adäquanzprüfung heranzuziehenden Kriterien vor, was für die Bejahung der Adäquanz bei einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den schweren Fällen ausreicht (vgl. E. 2.4.3 hiervor). Somit erübrigt sich die Prüfung der weiteren Kriterien.

5.

Nach dem Dargelegten ist zwischen den weiterhin bestehenden psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 3. September 2008 ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang zu bejahen. Die Beschwerde ist – soweit darauf einzutreten ist – unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 27. Mai 2013 gutzuheissen. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung des Rentenanspruchs und des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung.

6.

6.1 Verfahrenskosten sind in Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

6.2 Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Diese ist gestützt auf die nicht zu beanstandende Kostennote von Fürsprecher B. _____ vom 21. November 2013 auf Fr. 5'557.70 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen und durch die Beschwerdegegnerin zu tragen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird, soweit darauf einzutreten ist, dahingehend gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA vom 27. Mai 2013 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'557.70 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt eingereichten Akten)
 - SUVA, Rechtsabteilung (samt eingereichten Akten)
 - Bundesamt für Gesundheit

Hinweis: *Im Falle einer Anfechtung dieses Entscheides sind die Akten dem Bundesgericht zuzustellen.*

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.