

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 22. Juli 2015 abgewiesen (8C\_351/2015).

**200 14 789 UV**  
KOJ/PRN/ARJ

## **Verwaltungsgericht des Kantons Bern**

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. April 2015**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Prunner

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

**SUVA**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
vertreten durch Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. Juli 2014 (3.16918.09.3)

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1962 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) arbeitete seit Juli 2000 für die ... als ... und war dadurch über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er sich am 28. Oktober 2009 bei einem Autounfall eine Commotio cerebri sowie Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule zuzog (Akten der SUVA [act. II] 4 ff.). Die SUVA anerkannte ihre Leistungspflicht, übernahm die Kosten für die Heilbehandlung und entrichtete Taggelder

Am 4. Oktober 2010 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle Bern (IVB) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. III] 1).

Nach Einholung diverser Unterlagen beauftragte die SUVA gemeinsam mit der IVB die MEDAS mit der Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung (Expertise vom 19. März 2013 [Akten der SUVA [act. IIA] 174]). Mit Schreiben vom 11. Juli 2013 stellte der Versicherte unter Einreichung von zwei Berichten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. und 8. Juli 2013 Ergänzungsfragen zum MEDAS-Gutachten (act. IIA 183). Am 13. August 2013 verfügte die SUVA die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen mangels Adäquanz per 25. August 2013. Zudem verneinte sie den Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (act. IIA 185). Die hiergegen erhobene Einsprache (act. IIA 188) wies die SUVA mit Entscheid vom 3. Juli 2014 ab (act. IIA 199).

In der Zwischenzeit hatte die IVB am 23. Dezember 2013 die Abweisung des Leistungsbegehrens verfügt (act. III 85). Die hiergegen erhobene Beschwerde (act. III 86) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 2. Juni 2014 (IV/2014/98) gut, hob die Verfügung vom 23. Dezember 2013 auf und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme von weiteren Abklärungen zurück. Nach Vervollständigung der medizinischen Akten - insbesondere seien die Unterlagen betreffend die of-

fenbar nach der Einreise erfolgte medizinische Betreuung, die vollständige Krankengeschichte des behandelnden Psychiaters sowie die Akten betreffend das offenbar durchgeführte Asylverfahren einzuholen - seien diese anschliessend den MEDAS-Gutachtern zuzustellen, verbunden mit dem Auftrag, die bereits mit der Auftragserteilung gestellten wie auch die vom Versicherten danach ergänzend formulierten Fragen (betreffend die Triggierung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung) im Rahmen der Verlaufsbeurteilung zu beantworten (act. III 91; IV/2014/98, E. 3.4). Der Beschwerdeführer wurde darauf aufmerksam gemacht, dass er gegenüber den Gutachtern auch Angaben zu offenbar vorhandenen psychosozialen Belastungen zu machen habe.

## **B.**

Gegen den Einspracheentscheid vom 3. Juli 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 29. August 2014 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der SUVA vom 13. August 2013 und der Einspracheentscheid vom 3. Juli 2014 seien aufzuheben.
2. Es seien weitere Abklärungen durchzuführen, insbesondere seien bei der Invalidenversicherung und der Beschwerdegegnerin die am 11. Juli 2013 gestellten Ergänzungsfragen sowie die damals beigelegten Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 5. und 8. Juli 2013 der Gutachterstelle MEDAS, zuzustellen und zur Beantwortung zu unterbreiten.
3. Anschliessend sei neu über den Leistungsanspruch zu verfügen und die gesetzlichen Leistungen seien auszurichten.

### Eventualiter:

1. Die Verfügung der SUVA vom 13. August 2013 und der Einspracheentscheid vom 3. Juli 2014 seien aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Zur Begründung liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, dass er am 28. Oktober 2009 mit einem Militärlastwagen kollidiert sei. Im Anschluss an den Unfall vermöge er sich an heftige Diskussionen mit den Soldaten zu erinnern, welche ihn beschuldigt hätten. Der Beschwerdeführer

habe diese Situation als sehr bedrohlich erlebt. Dadurch seien Erinnerungen an die Zeit in ... ausgelöst worden, als er während dem Krieg im Konzentrationslager inhaftiert gewesen und gefoltert worden sei. Bisher sei nicht untersucht worden, dass die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung durch bestimmte Sachverhalte getriggert würden. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ habe diese Problematik in seinen Berichten eindrücklich beschrieben. Zudem sei das rechtliche Gehör verletzt worden.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. September 2014 beantragte die SUVA, vertreten durch Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_, die Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer reichte innert der ihm angesetzten Frist keine Schlussbemerkungen ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. Oktober 2014 edierte der Instruktionsrichter die IV-Akten, deren Eingang den Parteien am 5. November 2014 mitgeteilt wurde.

## **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 kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid der SUVA vom 3. Juli 2014 (act. IIA 199). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund des Ereignisses vom 28. Oktober 2009 auch nach dem 25. August 2013 Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin (insbesondere eine Rente und eine Integritätsentschädigung) hat.

Soweit der Beschwerdeführer die Aufhebung der Verfügung vom 13. August 2013 (act. IIA 185) beantragt (Rechtsbegehren Ziff. 1), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, da der Einspracheentscheid die Verfügung ersetzt (BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1 S. 412).

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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** In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, da die Beschwerdegegnerin die vom Beschwerdeführer gestellten Ergänzungsfragen zum MEDAS-Gutachten vom 19. März 2013 den Gutachtern nicht zur Beantwortung unterbreitet habe (Beschwerde S. 8).

**2.2** Der in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101) garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör räumt dem Betroffenen das persönlichkeitsbezogene Mitwirkungsrecht ein, erhebliche Beweise beizubringen, mit

solchen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise mitzuwirken. Dem Mitwirkungsrecht entspricht die Pflicht der Behörden, die Argumente und Verfahrensanhänge der Parteien entgegenzunehmen und zu prüfen, sowie die ihr rechtzeitig und formrichtig angebotenen Beweismittel abzunehmen (BGE 138 V 125 E. 2.1 S. 127). Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Auf ein beantragtes Beweismittel kann verzichtet werden, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich ist, wenn bereits Feststehendes bewiesen werden soll, wenn von vornherein gewiss ist, dass der angebotene Beweis keine Abklärungen herbeizuführen vermag, oder wenn die Behörde den Sachverhalt gestützt auf ihre eigene Sachkenntnis bzw. jene ihrer fachkundigen Beamten selber zu würdigen vermag (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

**2.3** Der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Juli 2014 (act. IIA 199) erweist sich als hinlänglich begründet. Dem Entscheid lassen sich die wesentlichen Überlegungen entnehmen, die zur Abweisung der Einsprache führten bzw. dazu, weshalb die Kausalität der geltend gemachten Beschwerden nach dem Unfall vom 28. Oktober 2009 verneint wird. Zudem

legte die Beschwerdegegnerin dar, dass sie die vom Beschwerdeführer gestellten Zusatzfragen zum MEDAS-Gutachten den Experten nicht unterbreitet habe, da von der Beantwortung der Ergänzungsfragen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten gewesen seien (vgl. E. 2.2 hiavor sowie Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 18. Juli 2014, 8C\_834/2013, E. 5.1 und 5.2.2). Die Richtigkeit der von der SUVA vorgenommenen Beweismwürdigung ist Gegenstand der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung (vgl. E. 4.4.2 hiernach). Die Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs erweist sich somit als unbegründet.

### **3.**

**3.1** 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).

**3.2** 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).

**3.3** 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 entfiel.

("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).

### **3.4**

**3.4.1** 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 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).

**3.4.2** Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251).

**3.4.3** 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 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 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. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.; BGE 119 V 335 E. 1 S. 338, 117 V 359 E. 4b S. 360) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber bereits unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 U 465 S. 438 E. 3a). Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) festgelegten Kriterien, d.h. ohne Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103). Die Grundsätze gemäss BGE 115 V 133 sind auch anwendbar, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum

typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blosser Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (SVR 2007 UV Nr. 8 S. 28 E. 2.2).

**3.4.4** Nach der Schleudertrauma-Praxis ist analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen (BGE 115 V 133) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.4) – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Dabei können die erlittenen Verletzungen Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 37 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. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126). Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgepräg-

ter Weise erfüllt ist. 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). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 102 E. 4.5). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 E. 6 S. 366, 117 V 369 E.4c S. 384).

In Präzisierung der Rechtsprechung hat das Bundesgericht den Katalog der adäquanzrelevanten Kriterien (BGE 117 V 359 E. 6a S. 367, 117 V 369 E. 4b S. 383) in BGE 134 V 109, E. 10.2 S. 127 und E. 10.3 S. 130, neu gefasst, wobei die Aufzählung der Kriterien abschliessend ist:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Im Rahmen der Schleudertrauma-Praxis wird bei der Beurteilung der vorstehend genannten Kriterien auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, weil hier nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organisch und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 359 E. 5d aa S. 364 und E. 6a S. 367; RKUV 1999 U 341 S. 409 E. 3b, 1997 U 272 S. 174 E. 4a). Voraussetzung für die Anwendung dieser Praxis ist aber, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (SVR 2001 UV Nr. 13 S. 48 E. 3b).

Diese Rechtsprechung betrifft nicht nur „klassische“ Schleudertraumen (d.h. Beschleunigungsmechanismen der Halswirbelsäule ohne Kopfanprall mit der Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule bzw. des Nackens), sondern auch „äquivalente“ Unfallmechanismen, wenn es zum Kopfanprall mit Abknickung der Halswirbelsäule kommt. Voraussetzung ist jedoch, dass Beeinträchtigungen bestehen, die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule (vgl. BGE 117 V 359 E. 4b S. 360) gehören (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a). Auch wenn und soweit sich die Folgen eines Schädel-Hirntraumas mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen, rechtfertigt es sich, die zu Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung sinngemäss anzuwenden (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3). Erreicht ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, so genügt dies grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (SVR 2008 UV Nr. 35 S. 135 E. 4.1.3).

**3.5** Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

#### **4.**

**4.1** Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 28. Oktober 2009 einen Unfall im Rechtssinne (vgl. E. 3.1 hier vor) erlitten hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob der Be-

schwerdeführer über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 25. August 2013 (act. IIA 185) hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die nach diesem Zeitpunkt weiterhin geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 28. Oktober 2009 stehen.

**4.2** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**4.2.1** Der Beschwerdeführer begab sich einen Tag nach dem Autounfall vom 28. Oktober 2009 in den Notfalldienst des Spitals G.\_\_\_\_\_ (vgl. act. II 20). Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 29. Oktober 2009 wurde festgestellt, der Beschwerdeführer habe angegeben, sofort Kopf- und Nackenschmerzen sowie einen Druck auf der Brust verspürt zu haben. Auf Nachfrage habe er angegeben, sofort an Schwindel sowie Seh- und Schlafstörungen gelitten zu haben (act. II 6, S. 2 Ziff. 4). Weiter lägen Schmerzen bei Rechtsdrehung und Seitenneigung rechts, ein Druckschmerz an der HWS (Lokalisation in Skizze), ein Schmerz bzw. eine Funktionseinschränkung an der Lendenwirbelsäule (LWS) und Parästhesien C6/7 und L5/S1, jedoch keine weiteren (pathologischen) neurologischen Befunde und äussere Verletzungen vor (act. II 6, S. 2 Ziff. 6). In Anlehnung an die Quebec Task-Force (QTF)-Klassifikation wurde ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad I (Nackenschmerzen mit Schmerz, Steifigkeitsgefühl oder nur Schmerzhaftigkeit, keine somatischen Befunde, normale Beweglichkeit) diagnostiziert (act. II 6, S. 3 Ziff. 7). Es wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 29. Oktober bis 1. November 2009 attestiert (act. II 12, S. 3; 20).

**4.2.2** Im Bericht vom 3. November 2009 diagnostizierten die Ärzte des Spitals G.\_\_\_\_\_ eine Hypästhesie C5/C6 und L5/S1 rechts ohne motorische Ausfälle und eine Commotio cerebri (act. II 5). Es wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 29. Oktober 2009 attestiert (act. II 12, S. 2).

Im Bericht vom 4. Dezember 2009 diagnostizierten die Ärzte des Spitals G.\_\_\_\_\_ einen Status nach Verkehrsunfall am 29. (richtig: 28.) Oktober

2009 mit Hypästhesie C5/C6 rechts und wechselnder Hypästhesie L5/S1 links oder rechts sowie einen Status nach Commotio cerebri (act. II 9).

Die MRI-Untersuchung vom 5. Dezember 2009 zeigte mässiggradige degenerative Veränderungen C5 bis C7 und vor allem L5/S1. Es lägen Bandscheibenprotrusionen bei ansonsten noch gutem Bandscheibensignal vor. Ein Hinweis für eine Traumafolge finde sich nicht, so dass von einer aktivierten degenerativen Veränderung auszugehen sei, die nach drei Monaten den status quo sine erreicht haben sollte (act. II 10).

Die Ärzte des Spitals G.\_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 9. Dezember 2009 nur noch eine Hyperästhesie L5/S1 links (Unterschenkel Aussenseite). Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor (act. II 18, S. 1).

**4.2.3** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, bei welchem der Beschwerdeführer seit dem 29. Oktober 2009 in ambulanter Behandlung ist (vgl. act. II 28), diagnostizierte im Bericht vom 28. April 2010 einen Status nach Verkehrsunfall am 28. Oktober 2009 mit HWS/LWS-Distorsion und eine komplexe psychotraumatische Störung (act. II 41). Er attestierte eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit ab dem 3. Dezember 2009 (act. II 12, S. 1).

**4.2.4** E.\_\_\_\_\_, dipl. Psychologin, Psychotherapeutin FSP, bei welcher der Beschwerdeführer in Therapie ist, führte im Bericht vom 21. Juni 2010 aus, der Autounfall vom 28. Oktober 2009 habe beim Beschwerdeführer die Erinnerungen an Foltererfahrungen im ...-krieg und Konzentrationslager aktiviert, was zu einer ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) geführt habe. Im Moment sehe es eher nach einer längeren Therapie aus und es dürfte noch einige Zeit dauern, bis der Beschwerdeführer wieder arbeitsfähig sei. Eine Beendigung der Therapie könnte jedoch eine Chronifizierung zur Folge haben, die dann zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) führen könnte (act. II 53; vgl. auch act. II 65, 110, 135).

**4.2.5** Im Bericht vom 6. Juli 2010 führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ aus, dass es sich nicht um eine einfache posttraumatische Belastungsstörung, sondern um eine dissoziative Störung (ICD-10: F48.1) handle (act. II 56; vgl. auch act. II 64, 138).

**4.2.6** Der SUVA-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte im kreisärztlichen Bericht vom 13. Mai 2011 aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, er leide an einem Druck im Kopf und habe „schlechte Träume“. Auf Nachfrage habe er angegeben, er habe einfach keine Lust mehr auf „was auch immer“ (act. II 102, S. 2, 5). Den geklagten Beschwerden fehle ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung und sie seien damit als organisch nicht hinreichend nachweisbar zu werten (act. II 102, S. 5).

**4.2.7** Im interdisziplinären (allgemeinmedizinischen/internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten der MEDAS vom 19. März 2013 diagnostizierten die Gutachter ein chronisches linksbetontes Cervikovertebralsyndrom, ein chronisches linksseitiges Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung links, Angst und depressive Störung gemischt, einen Status nach Verkehrsunfall am 28. Oktober 2009, eine arterielle Hypertonie, einen chronischen Nikotinabusus, Übergewicht, ein rezidivierendes rechtsseitiges Thorakovertebralsyndrom, akzentuierte Persönlichkeitszüge, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit dissoziativen Anteilen und einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (act. IIA 174, S. 46). Nach dem Unfall habe eine Kombination aus psychiatrischen und somatischen Problemen in Bezug auf den Bewegungsapparat bestanden. Es seien immer noch klar physische Probleme am Bewegungsapparat vorhanden. Diese könnten jedoch nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden (act. IIA 174, S. 54). Eine sekundäre psychische Störung lasse sich nicht bestätigen (act. IIA 174, S. 55). Ein Vorzustand sei weder anamnestisch noch gemäss den Akten dokumentiert. Dies gelte für die Probleme im Bereich des Bewegungsapparates, für die arterielle Hypertonie und auch für die psychische Problematik. Die Befunde im Bereich von HWS und LWS könnten intermittierend Beschwerden auslösen. Die übrigen, vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden seien organisch nicht nachweisbar (act. IIA 174, S. 57). Schwere körperliche Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Stossen, Ziehen, Heben von Lasten über 5 kg und intermittierend bis 10 kg sowie ohne repetitives Bücken seien zu 80% mög-

lich (act. IIA 174, S. 60). Es liege keine dauerhafte und erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen und psychischen Integrität vor (act. IIA 174, S. 61 f.).

**4.2.8** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 5. Juli 2013 die Diagnose einer chronifizierten, komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit dissoziativen Symptomen (act. IIA 183, S. 3 f.; vgl. auch Bericht vom 8. Juli 2013, act. IIA 183, S. 5 f.).

**4.3** 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).

#### **4.4**

**4.4.1** In somatischer Hinsicht erfüllt das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 19. März 2013 (act. IIA 174) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.3 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353). Die Gutachter führen schlüssig und

nachvollziehbar aus, dass die Röntgenbefunde im Bereich der unteren HWS sowie an der LWS degenerative Veränderungen zeigen (act. IIA 174, S. 56). Diese sind mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 28. Oktober 2009 zurückzuführen. Die übrigen vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden sind organisch nicht nachweisbar (act. IIA 174, S. 57).

Diese Einschätzung wird durch die bildgebenden Unterlagen (MRI vom 5. Dezember 2009 [act. II 10], CT Schädel, HWS, BWS und LWS vom 29. Oktober 2009 und MR-Untersuchung der ganzen Wirbelsäule vom 5. Dezember 2009 [act. II 13]) bestätigt. Ferner ist festzustellen, dass bereits im Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 29. Oktober 2009 ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma Grad I ohne somatische Befunde diagnostiziert worden ist (act. II 6, S. 3 Ziff. 7). Sodann ist dem Bericht des SUVA-Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2011 (act. II 102, S. 5) zu entnehmen, dass kein organisches Substrat der geklagten Beschwerden gegeben ist. Auch unter Berücksichtigung der Angaben von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ sowie der Ausführungen des Verwaltungsgerichts im Urteil vom 2. Juni 2014 (act. III 91, IV/2014/98) steht neben den gutachterlich gestellten Diagnosen einzig ein zusätzlicher psychischer Gesundheitsschaden im Raum. Schliesslich macht denn auch der Beschwerdeführer keine persistierenden unfallbedingten Beschwerden organischer Natur geltend.

Somit ist gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 19. März 2013 erstellt, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Hinsicht - soweit vorliegend von Interesse - an keinen organisch nachweisbaren (unfallkausalen) Beschwerden leidet.

**4.4.2** Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierten die MEDAS-Gutachter akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: 71.3), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit dissoziativen Anteilen (ICD-10: F45.4), eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) sowie einen Status nach einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1; act. IIA 174, S. 35) und verneinten eine sekundäre psychische Störung (act. IIA 174, S. 55). Der behandelnde Psychiater Dr. med. D. \_\_\_\_\_

geht von einer unfallkausalen chronischen und komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit dissoziativen Symptomen aus (act. IIA 183, S. 3 f.). Auch gemäss der behandelnden Psychologin E. \_\_\_\_\_ hat der Unfall im Oktober 2009 eine ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung ausgelöst (act. II 53, 65, 110, 135).

Der Beschwerdeführer selber hat sich gegenüber den MEDAS-Gutachtern indes dahingehend geäussert, dass sich nach dem Aufenthalt im Konzentrationslager bzw. in der Schweiz nur während der allerersten Zeit und nur gelegentlich Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (Träume mit Bezug zum Konzentrationslager) gezeigt hätten (vgl. act. IIA 174, S. 32). So ist den Akten denn auch nicht zu entnehmen, dass er vor dem Unfall im Oktober 2009 in psychiatrischer Behandlung war. Ferner wurde auch nie geltend gemacht, dass eine posttraumatische Belastungsstörung nach den Erlebnissen in ... in eine Persönlichkeitsveränderung übergegangen wäre, was jedoch bei einem langjährigen Verlauf die Folge gewesen wäre, wenn die Störung nicht abgeheilt wäre (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 208). Dies spricht dafür, dass die Beurteilung der MEDAS-Gutachter, wonach die gering ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung seit Jahren abgeheilt ist (act. IIA 174, S. 41) bzw. keine sekundäre psychische Störung vorliegt (act. IIA 174, S. 55) und kein (psychiatrischer) Vorzustand gegeben ist (act. IIA 174, S. 57), auch in psychischer Hinsicht korrekt ist. Dabei ist zu erwähnen, dass die Gutachter Kenntnis von den angeblich triggernden Elementen hatten (zum Beispiel verschiedene Maschinengeräusche bzw. Lärm; vgl. act. II 98, S. 4). Wie es sich mit dem Vorzustand tatsächlich verhält, braucht hier jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden. Selbst wenn zugunsten des Beschwerdeführers davon ausgegangen wird, er habe nicht bereits (unmittelbar) vor dem Unfall (wieder) entsprechende Symptome beklagt (immerhin begab er sich jedoch bereits am Tag nach dem Unfall beim Psychiater Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in Behandlung [vgl. E. 4.2.3]), mangelt es - wie nachfolgend dargelegt wird - an den Voraussetzungen einer über den 25. August 2013 hinaus wirkenden unfallkausalen psychischen Störung.

Der behandelnde Dr. med. D. \_\_\_\_\_ macht zu Recht nicht geltend, das Unfallereignis selbst wäre geeignet gewesen, eine posttraumatische Belastungsstörung auszulösen. So handelte es sich bei dem Ereignis vom 28. Oktober 2008 nicht um einen schweren Unfall (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 207). Auch ein aussergewöhnliches Schreckereignis, verbunden mit einem entsprechenden psychischen Schock, ist zu verneinen, würde doch der besagte Unfall bei einem gesunden Menschen nicht dieselbe Angst- und Schreckwirkungen auslösen wie sie der Beschwerdeführer bei sich geltend macht (BGE 129 V 177 E. 2.1 S. 179; SVR 2009 UV Nr. 20 S. 75 E. 2.2). Ferner macht Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auch nicht (mehr) geltend, es liege eine vollständig ausgebildete posttraumatische Belastungsstörung vor. Im Zentrum der Argumentation des Psychiaters steht vielmehr die Aussage, der Kontakt des Beschwerdeführers mit Militärpersonen bzw. Lärmexpositionen würde (einzelne) Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung triggern (vgl. act. IIA 183, S. 3 ff.). Unter diesen Umständen ist es jedoch nicht der Unfall selbst, der die geltend gemachten Beschwerden auslöst bzw. unterhält, sondern - wie Dr. med. D. \_\_\_\_\_ selber ausführt (act. IIA 183, S. 3 f.) - konkrete Reize von aussen wie z.B. Geräusche oder Berührungen am Körper. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass eine posttraumatische Belastungsstörung nur selten nach mehr als sechs Monaten nach dem Trauma - hier die Kriegserlebnisse in den Jahren 1992 bis 1995 - auftritt. Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann zwar auch dann gestellt werden, wenn die Latenzzeit mehr als sechs Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch und es kann keine andere Diagnose gestellt werden (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 208). Dies ist jedoch vorliegend nicht der Fall. Schliesslich wurde zu Recht auch nicht geltend gemacht, vor oder nach dem Unfall sei eine Persönlichkeitsveränderung eingetreten (zum Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung und zum Übergang in eine Persönlichkeitsveränderung vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 208).

Angesichts des langen Zeitablaufs seit den Erlebnissen in ..., der Gewährung von Asyl in der Schweiz und der aus gesundheitlicher Sicht offenbar problemlosen und wiederholten Rückreisen in die Heimat kann daher nicht auf einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall

und den heute noch geklagten, nur teilweise einer posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnenden Beschwerden geschlossen werden. Somit war der status quo sine spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 25. August 2013 erreicht (vgl. E. 3.5 hiervor). Der Sachverhalt ist entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers genügend abgeklärt, weshalb

- anders als in der finalen Invalidenversicherung (vgl. IV/2014/98) - im Verfahren der kausalen Unfallversicherung in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Beweismassnahmen betreffend die Triggerung von Symptomen einer nicht unfallkausalen posttraumatischen Belastungsstörung durch besondere äussere Reize verzichtet werden kann.

**4.5** Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers vom Vorliegen einer natürlichen Kausalität zwischen dem Unfall und den noch geklagten Beschwerden ausgegangen würde, wäre die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 25. August 2013 hinaus zu verneinen, da - wie nachfolgend ausgeführt wird - auch die adäquate Kausalität zu verneinen ist.

Mit Blick auf die Adäquanzprüfung ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 28. Oktober 2009 gemäss den echtzeitlichen Arztberichten Hypästhesien C5/C6 und L5/S1 ohne motorische Ausfälle und eine Commotio cerebri erlitten hat (vgl. E. 4.2.2 hiervor). Anschliessend litt er seinen Angaben zufolge an diversen Beschwerden an Kopf, Nacken, Schultern, Rücken und Hüfte sowie Schwindel und Schlafstörungen (act. II 6, S. 2 Ziff. 4). Bildgebend ergaben sich keine auffälligen Befunde (act. II 10, 13). Da hier lediglich eine Commotio, nicht aber eine Contusio cerebri, vorlag, ist nicht ohne weiteres erstellt, dass für die Beurteilung der Adäquanzfrage die Schleudertrauma-Praxis anwendbar ist. Immerhin wird vorliegend ein eigenständiger, in keinem Zusammenhang zu einem Schleudertrauma bzw. einer analogen Verletzung stehender psychischer Gesundheitszustand vorgebracht, was für die Anwendung der sog. Psycho-Praxis gemäss BGE 115 V 133 spricht (vgl. E. 3.4.4 hiervor). Auch diese Frage kann offen gelassen werden. Selbst wenn im Sinne des Beschwerdeführers von der für die versicherte Person - im Vergleich zu den geltenden Regeln für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall - regelmässig

günstigeren Schleudertrauma-Praxis ausgegangen wird (Entscheid des BGer vom 22. Februar 2010, 8C\_1014/2009, E. 4), ist die Adäquanz zwischen dem Unfall vom 28. Oktober 2009 und den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden zu verneinen.

Vorliegend ist von einem mittelschweren Unfall maximal im eigentlichen mittleren Bereich auszugehen, so dass mindestens drei Kriterien oder eines in ausgeprägter Form gegeben sein müssen (vgl. E. 3.4.4 hiavor). Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Zunächst liegen keine dramatischen Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls vor. Vielmehr handelt es sich um einen „normalen“ Verkehrsunfall mit eher geringem Sachschaden und ohne gravierende Verletzungen der Beteiligten (vgl. act. II 16, 91). Weiter erlitt der Beschwerdeführer keine erheblichen Verletzungen. Auch eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung ist aufgrund der Akten zu verneinen. Sodann liegen keine erheblichen Beschwerden vor und auch für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sind den Akten keine Anhaltspunkte zu entnehmen und solche werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sind ebenfalls zu verneinen. Schliesslich liegt auch keine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung des Beschwerdeführers vor.

Somit besteht zwischen den anhaltend geltend gemachten Beschwerden und dem Unfall vom 28. Oktober 2009 kein adäquater Kausalzusammenhang.

**5.** Nach dem Gesagten ist die Einstellung der Leistungen per 25. August 2013 nicht zu beanstanden. In diesem Zusammenhang ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach eine Leistungseinstellung ex nunc et pro futuro selbst dann zulässig ist, wenn zunächst Leistungen erbracht worden sind und sich herausstellt, dass eine Leistungsvoraussetzung - vorliegend mindestens die adäquate Kausalität - seit längerem nicht mehr gegeben ist (vgl. Entscheid des BGer vom 10. Juni 2014, 8C\_139/2014, E. 4.2.1). Die Beschwerde ist abzuweisen.

**6.**

**6.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
  - Bundesamt für Gesundheit

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.

