

200 15 421 UV
KOJ/PRN/LIA/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. September 2015

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 26. März 2015

Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist im Rahmen seiner Erwerbstätigkeit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Am 1. August 2013 erlitt der Versicherte einen Verkehrsunfall, als es zu einer Auffahrkollision mit einem nachfahrenden Personenwagen kam (Akten der SUVA, Antwortbeilage [AB] 1). Die Ärzte der Notfallstation des Spitals C._____ diagnostizierten anlässlich der Erstkonsultation vom 5. August 2013 ein kranio-cervicales Beschleunigungstrauma I (AB 9).

Die SUVA nahm die Abklärungen auf und erbrachte Leistungen in Form von Heilbehandlung (vgl. AB 2, 13). Mit Verfügung vom 15. Januar 2015 (AB 85) stellte sie die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2015 mangels kausaler Unfallfolgen ein. Die dagegen am 13. Februar 2015 erhobene Einsprache (AB 91) des Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, wies die SUVA mit Entscheid vom 26. März 2015 (AB 94) ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. Mai 2015 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern und beantragte die Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie die Rückweisung an die SUVA zur Neuurteilung. Eventualiter seien die Beschwerden als Folge des Unfalls zu qualifizieren und ihm eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung in noch zu bestimmender Höhe zuzusprechen. In der Begründung wird im Wesentlichen eine unvollständige Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts gerügt.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juni 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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 26. März 2015 (AB 94). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund des Ereignisses vom 1. August 2013 auch nach dem 31. Januar 2015 Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.

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 UVG). 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). 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).

2.2 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). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die 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).

2.3

2.3.1 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).

2.3.2 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).

2.3.3 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 09 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103).

2.3.4 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 ausgeprägter 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 Ver-

neinung 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).

3.

3.1 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 1. August 2013 einen Unfall im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiavor) erlitten hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht.

Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer über die verfügte Leistungseinstellung per 31. Januar 2015 (vgl. AB 85) hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die anhaltend geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 1. August 2013 stehen.

3.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Der Beschwerdeführer begab sich am 5. August 2013 auf die Notfallstation des Spitals C._____ (vgl. AB 9). Im Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 5. August 2013 wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer seien nach dem Unfall vom 1. August 2013 keine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücken aufgetreten (AB 12 S. 1). Er habe angegeben, 24 Stunden nach dem Auffahrunfall Kopf- und Nackenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in beide Schultern sowie Schwindel verspürt zu haben. Weitere Symptome sowie Schmerzen wurden bis auf eine schmerzhaftige Seitneigung rechts verneint (AB 12 S. 2). Neurologische Befunde bzw. äussere Verletzungen hätten nicht vorgelegen (AB 12 S. 2 f.) In Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation wurde ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad I (Nackenbeschwerden mit Schmerz, Steifigkeitsgefühl oder nur Schmerzhaftigkeit, keine somatischen Befunde, normale Beweglichkeit) diagnostiziert (AB 12 S. 3). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (vgl. AB 15).

3.2.2 Im Bericht vom 10. Januar 2014 diagnostizierte Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, E._____, posttraumatische Cervicalgien nach Auffahrunfall vom 1. August 2013 bei bekannter Diskushernie HWK 5/6 mit präforaminaler Affektion der Wurzel C6 rechts (AB 19; vgl. dazu auch AB 21 S. 1).

3.2.3 Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 24. Februar 2014 als Diagnosen einen Status nach Auffahrunfall vom 1. August 2013 mit aktuell persistierenden Nackenverspannungen

und Cervikalgien sowie eine MR-tomographische Diskushernie medio rechts lateral auf Höhe HWK 5/6 bei aktuell MR-tomographischer Verlaufsuntersuchung: MRI HWS vom 15. Februar 2014: Medio rechtslaterale Diskushernie mit Affektion der Radix C6 rechts, insgesamt stabiler Befund, fest (AB 26 S. 1; vgl. auch AB 20 sowie AB 34 S. 1).

3.2.4 Dem Bericht von Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, E. _____, vom 7. April 2014 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer leide unter posttraumatischen Cervicalgien ohne Schmerzausstrahlungen in die Arme nach Auffahrunfall vom 1. August 2013 mit/bei bekannter medio rechts lateraler Diskushernie HWK 5/6 mit präforaminaler Affektion der Wurzel C6 rechts (im MRI der HWS vom 15. Februar 2014 unveränderter Befund zu den Voraufnahmen; AB 32 S. 1). Momentan sehe er keine Indikation für ein operatives Vorgehen. Durch die traumatisch bedingte Diskushernie C5/6 werde die Bandscheibe jedoch auch in Zukunft eine Schwachstelle darstellen (AB 32 S. 2).

3.2.5 Am 24. April 2014 führte der SUVA -Kreisarzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Chirurgie FMH, in seinem Untersuchungsbericht aus, es bestehe eine HWS-Distorsion Grad II nach QTF. Als weitere Diagnose nannte er eine Diskushernie mediolateral rechts auf Höhe HWK 5/6. Bei der aktuell noch persistierenden Nackenverspannung und den Zervikalgien könne die Unfallkausalität vorderhand noch bejaht werden. Eine Kausalität für die MR-tomographisch nachgewiesene Diskusprotrusion auf Höhe 5/6 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben. In der zeitnah durchgeführten primären MRI-Untersuchung der HWS hätten keine zusätzlichen unfallbedingten strukturellen Veränderungen nachgewiesen werden können (AB 40 S. 6).

3.2.6 Im Verlaufsbericht vom 20. September 2014 nannte die Hausärztin des Beschwerdeführers Dr. med. I. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnose eine Cervicalgie posttraumatisch bei MRI vom Oktober 2013 Diskushernie mit Myelonimpression HWK 5/6 (AB 67; vgl. auch AB 20, 46, 48).

3.2.7 Dr. med. G._____ führte im Bericht vom 21. November 2014 hinsichtlich einer Verlaufskontrolle aus, dass neben posttraumatischen Zervikalgien neu zusätzlich Kribbelparästhesien und ein subjektives Schwächegefühl im rechten Arm nach dem Auffahrunfall bestünden. Alle Beschwerden würden zeitlich ganz eindeutig im Zusammenhang mit dem Unfallereignis am 1. August 2014 (recte: 2013) stehen. Vorher sei der Beschwerdeführer bezüglich der HWS, Kopfschmerzen, Schwindelattacken und rechtsseitigen Armbeschwerden vollständig beschwerdefrei gewesen (AB 74 S. 1).

3.2.8 Im Bericht vom 15. Dezember 2014 hielt der SUVA -Kreisarzt Dr. med. H._____ fest, dass die aktuellen Beschwerden zehn Monate nach dem Ereignis aufgetreten seien und ein kausaler Zusammenhang schon deshalb wenig wahrscheinlich sei. Die Veränderungen an den Bandscheiben seien unfallfremd bzw. vorbestehend (AB 75).

Am 8. Januar 2015 führte der SUVA -Kreisarzt aus, der Status quo sine gelte angesichts des fehlenden Nachweises von unfallbedingten strukturellen Veränderungen im MRI der HWS spätestens nach einem Jahr als erreicht. Die erst zehn Monate nach dem Unfall neu aufgetretene radikuläre Symptomatik könne nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in kausalen Zusammenhang mit dem Unfall gebracht werden. Die neu aufgetretene Symptomatik stehe am ehesten in Zusammenhang mit der unfallfremden Diskushernienproblematik (AB 82).

3.2.9 Dem Verlaufsbericht von Dr. med. G._____ vom 14. Januar 2015 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer wegen der psychosozialen Belastungssituation nun in psychologischer Behandlung sei (AB 89 S. 8).

3.2.10 Am 9. Februar 2015 hielt Dr. med. I._____ fest, die Hals- und rechtsseitigen Armschmerzen seien eindeutig auf die grosse Bandscheibe zurückzuführen. Ebenfalls sei es sehr gut verständlich, dass sich eine depressive Störung entwickelt habe. Die Beschwerden führt sie eindeutig auf den Unfall vom 1. August 2013 zurück. Weder bei dem zuvor behandelnden Hausarzt noch bei ihr habe der Beschwerdeführer vor dem Unfall über Nackenschmerzen geklagt und auch in den Unterlagen fände sich nichts

Entsprechendes. Die Aussage des SUVA -Kreisarztes (vgl. E. 3.2.8), dass die Beschwerden zehn Monate nach dem Unfall aufgetreten seien, sei falsch und könne eindeutig widerlegt werden (AB 91 S. 11).

Die Hausärztin führte im Bericht vom 7. April 2015 aus, dass die geringe Spondylosis deformans der HWS und die angedeutete rechtskonvexe Skoliosierung Abnützungerscheinungen seien, welche nicht mit dem Auffahrunfall erklärt werden könnten. Die Diskopathie mit Diskushernie im Segment HWK 5/6 mit Stenosierung der rechtsseitigen Nervenwurzel C6 sei aber als Folge des Unfalls zu sehen (AB 98).

3.2.11 Im Bericht vom 20. April 2015 nahm Dr. med. G. _____ Stellung und gab an, dass bereits die erste bildgebende Untersuchung vom 25. Oktober 2013 einen grossen Diskusprolaps C5/6 mit Impression des Myelons gezeigt habe. Die Aussage, wonach diese Untersuchung keine strukturelle Läsion gezeigt habe, sei für ihn nicht nachvollziehbar (AB 101).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.4 Der Bericht des SUVA -Kreisarztes Dr. med. H. _____ anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. April 2014 (AB 40) sowie die Aktenberichte vom 15. Dezember 2014 (AB 75) und 8. Januar 2015 (AB 82) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3. hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt. Dr. med. H. _____ hat sich in seinen ärztlichen Beurteilungen sorgfältig mit den medizinischen Vorakten auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf die bildgebenden Dokumente getroffen. Der Umstand, dass er in den Berichten vom 15. Dezember 2014 und 8. Januar 2015 keine erneute eigene Untersuchung durchgeführt hat, schadet nicht. Denn die Voraussetzungen für einen Aktenbericht (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) sind vorliegend erfüllt.

3.4.1 Dr. med. H. _____ führt schlüssig und nachvollziehbar aus, dass die mittels MRI-Untersuchungen vom 25. Oktober 2013 (AB 6) und 15. Februar 2014 (AB 20) bildgebend erhobenen Befunde der HWS (Diskopathie mit Diskushernie im Segment HWK 5/6 mit Stenosierung/Komprimierung der rechtsseitigen Nervenwurzel C6 und geringe Spondylosis deformans

der HWS) degenerative Veränderungen darstellen. Dabei legte er überzeugend dar, dass die Diskushernie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 1. August 2013 zurückzuführen, sondern vorbestehend ist (AB 40 S. 6, 75, 82). Wie auch vom Kreisarzt wiederholt ausgeführt wird, entspricht es denn auch einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3). Eine solche Ausnahme liegt hier nicht vor. Insbesondere finden sich in den Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass der Auffahrunfall von besonderer Schwere und damit geeignet gewesen wäre, die bildgebend erhobenen Bandscheibenvorfälle herbeizuführen. So wird in der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 5. August 2014 festgehalten, dass die Geschwindigkeitsänderung (delta-v) unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h war (AB 56 S. 3) und ansonsten biomechanisch keine relevanten Besonderheiten vorgelegen haben (AB 56 S. 4). Im Weiteren konnte der Unfallverursacher vor der Kollision noch eine Vollbremsung einleiten (AB 45 S. 10) und die Schäden am Fahrzeug des Beschwerdeführers fielen gering aus (vgl. AB 27). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer nicht direkt nach dem Unfall Beschwerden erlitt, sondern diese erst nach 24 Stunden eintraten und radikuläre Beschwerden erst rund ein Jahr nach dem Unfallereignis beschrieben wurden (vgl. AB 12, 74).

Die Einschätzung von Dr. med. H._____, wonach die Diskushernie nicht natürlich kausal zum Unfall ist, wird denn auch durch die Dres. med. F._____ und D._____ bestätigt. Diese diagnostizierten "posttraumatischen Cervicalgien" und daneben lediglich eine "bekannte Diskushernie" (AB 19; 32, S. 1). Im Bericht vom 10. Februar 2014 diagnostizierte Dr. med. F._____ die Diskushernie ausdrücklich separat vom Status nach Auffahrunfall (AB 35 S. 1).

3.4.2 Daran ändern auch die Einschätzungen von Dr. med. I. _____ vom 9. Februar 2015 (AB 91 S. 10 f.) und 7. April 2015 (AB 98) sowie von Dr. med. G. _____ vom 21. November 2014 (AB 74) und 20. April 2015 (AB 101) nichts, in welchen die beiden behandelnden Ärzte ausführen, die Beschwerden bzw. die Diskushernie sei auf den Unfall vom 1. August 2013 zurückzuführen, da der Beschwerdeführer bis zum Unfallereignis weitgehend beschwerdefrei gewesen sei. Denn für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist der Grundsatz "post hoc, ergo propter hoc" nicht massgebend, nach dessen Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

3.4.3 Somit ist eine unfallbedingte Diskushernie nicht erstellt. In Anbetracht der insoweit übereinstimmenden und klaren Aktenlage sind von weiteren medizinischen Abklärungen keine anderen Ergebnisse zu erwarten, sodass in antizipierter Beweiswürdigung darauf zu verzichten ist (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236).

3.5 Die übrigen vom Beschwerdeführer geklagten persistierenden Nackenschmerzen und Zervikalgien im Sinne eines Schleudertrauma-Mechanismus (vgl. AB 9, 40, 101) sind organisch nicht nachweisbar (vgl. auch AB 75, 82). Diese Einschätzung wird durch die bildgebenden Unterlagen (MRI der HWS vom 25. Oktober 2013 [AB 6] und 15. Februar 2014 [AB 20]) bestätigt, in welchen – wie bereits ausgeführt – lediglich eine Diskopathie mit Diskushernie im Segment HWK 5/6 mit Stenosierung/Komprimierung der rechtsseitigen Nervenwurzel C6 diagnostiziert werden konnte. Die zudem objektivierte geringe Spondylosis deformans der HWS und die angedeutete rechtskonvexe Skoliosierung wurden sodann von Dr. med. I. _____ im Bericht vom 7. April 2015 (AB 98) als Abnützungerscheinungen, welche nicht mit dem Auffahrunfall erklärt werden können, beschrieben. Im Weiteren ist festzustellen, dass bereits im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 5. August 2013 ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad I ohne somatische Befunde diagnostiziert worden ist (AB 12 S. 3). Sodann ist dem schlüssigen Bericht des SUVA -Kreisarztes

Dr. med. H. _____ vom 8. Januar 2015 zu entnehmen, dass keine unfallbedingten strukturellen Veränderungen im MRI der HWS nachgewiesen werden konnten (AB 82).

Somit ist erstellt, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht an keinen organisch nachweisbaren (unfallkausalen) Beschwerden leidet.

Ob die weiterhin geklagten Beschwerden, die auf keine (nicht unfallkausale) organische Grundlage zurückgeführt werden können, in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 1. August 2013 stehen, kann vorliegend offen bleiben, da eine Leitungspflicht der Beschwerdegegnerin jedenfalls – wie nachfolgend dargelegt wird – an der fehlenden Adäquanz des Kausalzusammenhangs scheitert (vgl. zur Zulässigkeit dieser Vorgehensweise: BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; SVR 2014 UV Nr. 25 S. 82 E. 4).

3.6 Die für die Adäquanzprüfung relevante Frage, ob der Beschwerdeführer beim Unfall vom 1. August 2013 ein Schleudertrauma erlitten hat, ist zu bejahen (vgl. E. 2.3.3 hiervor). Dies ist zwischen den Parteien denn auch unbestritten. Zudem wird aus den Akten ersichtlich, dass sich 24 Stunden nach dem Unfall Symptome wie Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel manifestiert hatten (vgl. E. 3.2.1 hiervor; vgl. dazu auch AB 9, 12, 40). Das für ein Schleudertrauma typische Beschwerdebild ist somit erstellt (vgl. E. 2.3.3 hiervor). Der Beschwerdeführer befindet sich zwar seit etwa Januar 2015 in einer psychologischen Behandlung, diese Beschwerden basieren allerdings auf psychosozialen Belastungsfaktoren bzw. unfallfremden Gründen (Angst vor einem Arbeitsplatzverlust; AB 89 S. 8) und sind damit vorliegend nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2).

Dementsprechend erfolgt die Adäquanzprüfung mangels organischer Unfallfolgen nach der Schleudertrauma-Praxis (vgl. E. 2.3.4 hiervor).

3.7 Für die Adäquanzbeurteilung ist an das (objektiv fassbare) Unfallereignis anzuknüpfen (BGE 117 V 359 E. 5d bb S. 364 f.). Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer mit seinem ... an einem Fussgängerstreifen angehalten hat, als der nachfolgende ... auf das still stehende Auto des Beschwerdeführers auffuhr (vgl. AB 45 S. 10 und 15, AB 56 S. 1

f.). Einfache Auffahrunfälle werden rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (statt vieler Entscheid des BGer vom 9. Juni 2012, 8C_906/2011, E. 5.2). In Anbetracht der anlässlich der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 5. August 2014 (AB 56 S. 3) errechneten kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h ist der Auffahrunfall vom 1. August 2013 einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen. Für diese Einstufung spricht zudem, dass eine ärztliche Betreuung am Unfallort nicht erforderlich war.

Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre somit nur dann zu bejahen, wenn eines der relevanten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter oder diese Kriterien in gehäufte Weise, d.h. vier davon erfüllt wären (vgl. E. 2.3.4 hiervor).

3.7.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (BGE 140 V 356 E. 5.6.1 S. 366, 134 V 109 E. 10.2.1 S. 127; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 9 E. 6.1). In den Akten sind keine Umstände ersichtlich, die das Ereignis vom 1. August 2013 objektiv als besonders dramatisch oder besonders eindrücklich erscheinen liessen.

3.7.2 Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich behandelten Verletzung genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf dazu vielmehr einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127; SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3). Zu beachten ist, dass

eine Distorsion einer erheblich vorgeschädigten Halswirbelsäule eher geeignet ist, die typischen Symptome hervorzurufen, und deshalb als Verletzung besonderer Art qualifiziert werden kann (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 108 E. 6.3.2, 2007 UV Nr. 1 S. 3 E. 3.4.2). Zwar wurden mittels MRI der HWS degenerative Veränderungen erhoben (AB 6, 20; vgl. E. 4.1 hiervor). Jedoch ist weder hinsichtlich dieses Vorzustandes eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit aktenkundig – vielmehr gab der Beschwerdeführer an, vor dem Unfall nie an entsprechenden Beschwerden gelitten zu haben (AB 12) – noch wurde von den Ärzten je vorgebracht, dass die vorbestehenden degenerativen Veränderungen die Entwicklung des Beschwerdebilds besonders bzw. zusätzlich beeinflusst hätten. Äussere Verletzungen wurden keine vermerkt (AB 12 S. 3) und es war auch keine besondere Körperhaltung gegeben (AB 12 S. 1). Unter diesen Umständen kann das Kriterium nicht als erfüllt betrachtet werden.

3.7.3 Die nach dem Unfall vom 1. August 2013 erfolgten Behandlungen bestanden im Wesentlichen aus Physiotherapie und ärztlichen Verlaufskontrollen (AB 4, 5, 19, 32, 47, 70, 74, 89 S. 8 f.) und sind insoweit nicht im Sinne der Rechtsprechung als belastend zu qualifizieren (SVR 2007 UV Nr. 25 S. 84 E. 8.3.3; Entscheid des BGer vom 1. Juni 2011, 8C_174/2011, E. 2.4). Gleiches gilt hinsichtlich der in den Rahmen der üblichen Sachverhaltsabklärung fallenden fachärztlichen Explorationen, wie vorliegend die neurologischen Untersuchungen bei Dr. med. F. _____ (AB 26, 35; Entscheid des BGer vom 16. Februar 2009, 8C_327/2008, E. 4.2). Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist somit nicht erfüllt.

3.7.4 Für die Adäquanzfrage wesentlich können im Weiteren in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128). Der Beschwerdeführer berichtete hauptsächlich über Beschwerden am Arbeitsplatz namentlich bei vermehrter Arbeitsbelastung primär im Nackenbereich, teils mit Ausstrahlungen in die Arme (AB 19, 32 S. 1). Abgesehen von den in diesem Zusammenhang

hausärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten für körperlich mittlere bis schwere Tätigkeiten (AB 72) sowie der von Dr. med. G. _____ attestierten Arbeitsunfähigkeit für weniger als zwei Wochen (AB 86 S. 2) sind den Akten jedoch keine Angaben zu entnehmen, die überdies auf eine relevante Beeinträchtigung im Alltag hinweisen würden (vgl. AB 21, 32 S. 1). Vermerkt wurde dagegen etwa, dass der Beschwerdeführer in den Ferien gewesen sei und die Erholung zu einer Beschwerdebesserung geführt habe (AB 74 S. 1). Unter diesen Umständen liegt das Kriterium „erhebliche Beschwerden“ eher nicht, jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise, vor. Die Frage braucht mit Blick auf die nachfolgenden Ausführungen nicht abschliessend beantwortet zu werden.

3.7.5 Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätten, finden sich in den Akten nicht.

3.7.6 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Umstände, die die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5). In den medizinischen Unterlagen finden sich keine Hinweise auf solche besonderen Umstände; das Kriterium ist nicht erfüllt.

3.7.7 Dem Beschwerdeführer wurde vom 14. September bis 31. Dezember 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für mittlere bis schwere (AB 72) und vom 21. November bis 3. Dezember 2014 für sämtliche Tätigkeiten attestiert. Eine andauernd erhebliche Arbeitsunfähigkeit bis zum Fallabschluss vom 31. Januar 2015 liegt damit nicht vor, womit es schliesslich auch an diesem Kriterium fehlt (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 130; SVR 2009 UV Nr. 13 S. 56 E. 7.7.1).

3.8 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass von den sieben Kriterien allenfalls eines erfüllt ist, jedoch keinesfalls in ausgeprägter Weise. Zur Bejahung der Adäquanz allfällig noch vorhandener unfallbedingter Beschwerden genügt dies bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen nicht (vgl. E. 2.3.4 hiavor). Somit hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid die Adäquanz

eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 1. August 2013 zu Recht verneint.

4.

Nach dem Dargelegten besteht zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 1. August 2013 kein natürlicher bzw. adäquater Kausalzusammenhang. Damit hat die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfall zu Recht mit Verfügung vom 15. Januar 2015 (AB 85) per 31. Januar 2015 eingestellt. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. März 2015 (AB 94) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde vom 11. Mai 2015 als unbegründet abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf 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.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- SUVA
- 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.