

200 15 72 UV
ACT/REL/JAA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Juli 2015

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1982 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit dem 1. Oktober 2010 bei der C. _____ als ... angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt SUVA (SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert (Antwortbeilage der SUVA [AB] 1). Am 22. März 2013 wurde er in seinem Heimatland als Gast in einem Taxi in einen Auffahrunfall verwickelt: Ein hinter dem Taxi fahrendes Auto konnte nicht rechtzeitig bremsen und fuhr auf das Heck des Taxis auf (AB 1 Ziff. 6 und AB 7). Nachdem innert 24 Stunden Nackenbeschwerden aufgetreten waren, wurde der Versicherte vier Tage später durch die Ärzte der Notfallabteilung im Spital D. _____ untersucht und es wurde im Rahmen der Beurteilung eines kranio-zervikalen Beschleunigungstraumas eine befristete 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 7 und AB 12). In der Folge holte die SUVA medizinische Unterlagen ein, übernahm die Heilbehandlung und richtete Taggelder aus (vgl. AB 32 und AB 33). Nach der Durchführung eines ambulanten Assessments in der Klinik E. _____ (AB 49), einer otoneurologischen Untersuchung (AB 54) sowie einer Duplexsonografie (AB 80) verfügte die SUVA am 30. April 2014 (AB 84) den Fallabschluss auf diesen Tag hin, da die bestehenden Beschwerden nicht unfallbedingt seien. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (AB 88 und AB 93) wies die SUVA – nach Einholen einer ärztlichen Beurteilung durch ihren Kreisarzt (AB 96) – mit Entscheid vom 10. Dezember 2014 ab (AB 99).

B.

Dagegen erhob der Versicherte – vertreten durch Rechtsanwalt B. _____ – am 26. Januar 2015 Beschwerde und beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheides und die Rückweisung der Sache zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung sowie zu neuem Entscheid.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. April 2015 beantragte 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 vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2014 (AB 99). Streitig und zu prüfen ist, ob ein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung besteht und dabei insbesondere, ob die aktuell geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 22. März 2013 stehen.

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 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin – nachdem sie während des Einspracheverfahrens einen neuen Bericht ihres Kreisarztes eingeholt hatte (AB 96) – direkt den angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2014 (AB 99) erlassen, ohne dem Beschwerdeführer vorher Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt zu haben. Deshalb ist vorab von Amtes wegen zu prüfen (BGE 120 V 357 E. 2a S. 362; SVR 1999 UV Nr. 25 S. 75 E. 1a), ob mit diesem Vorgehen das rechtliche Gehör verletzt wurde.

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101] und Art. 42 Satz 1 ATSG). Es gehört zum Kerngehalt des rechtlichen Gehörs, dass der Verfügungsadressat vor Erlass eines ihm nachteiligen Verwaltungsaktes zum Beweisergebnis Stellung nehmen kann. Das Akteneinsichtsrecht ist eng mit dem Äusserungsrecht verbunden, gleichsam dessen Vorbedingung. Die versicherte Person kann sich nur dann wirksam zur Sache äussern und geeignete Beweise führen oder bezeichnen, wenn ihr die Möglichkeit eingeräumt wird, die Unterlagen einzusehen, auf welche sich die Behörde bei ihrer Verfügung gestützt hat (BGE 132 V 387 E. 3.1 S. 388, 115 V 297 E. 2e S. 302; RKUV 1992 U 152 S. 198 E. 2c).

2.3 Erstellt ist, dass dem Beschwerdeführer der Bericht des Kreisarztes Dr. med. F. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH und Facharzt für Rheumatologie FMH, vom 4. Juli 2014 (AB 96) vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides nicht zugestellt wurde, weshalb eine Gehörsverletzung grundsätzlich zu bejahen ist. Die Nichtzustellung eines Berichts im Einspracheverfahren stellt jedoch dann keine schwere und der Heilung unzugängliche Verletzung des rechtlichen Gehörs dar, wenn die der Verfügung zugrunde gelegte Beurteilung bestätigt wird und der Bericht keine neuen entscheiderelevanten Gesichtspunkte enthält

(BGE 132 V 387 E. 5.2 S. 390). Dies ist vorliegend der Fall, denn der Kreisarzt Dr. med. F. _____ führt in seinem Bericht vom 4. Juli 2014 (AB 96) lediglich aus, dass die der Verfügung vom 30. April 2014 (AB 84) zugrundeliegende Beurteilung durch Dr. med. G. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 15. April 2014 (AB 81) bestätigt werden könne und die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallfremd einzustufen seien. Damit enthielt der Bericht von Dr. med. F. _____ (AB 96) keine neuen entscheidungswesentlichen Gesichtspunkte und die Verletzung des rechtlichen Gehörs ist hier geheilt.

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). 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).

3.2 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).

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).

3.3 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).

3.3.1 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 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).

3.3.2 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzu beziehen. 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 Schleuder-

traumen 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).

3.3.3 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 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 – wie bereits erwähnt – 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).

4.

4.1 Zu Recht unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 22. März 2013 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 3.1 vorstehend). Unbestritten ist weiter, dass nach diesem Ereignis Beschwerden aufgetreten sind, für welche die Beschwerdegegnerin Versicherungsleistungen erbracht hat (vgl. AB 32 und AB 33).

Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 30. April 2014 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistun-

gen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 22. März 2013 stehen. Die massgebenden medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

4.1.1 Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. April 2013 (AB 11) eine Distorsion der HWS und eine Cervikalgie (Ziff. 1). Der traumatische Verlauf sei kompliziert und der Beschwerdeführer klage immer noch über starke Cervikalgien sowie Parästhesien nach beiden Schultern. Unter Modifikation der Physiotherapie sollte sich die Situation bessern (Ziff. 2).

4.1.2 Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 25. April 2013 (AB 12) hielt med. pract. I._____, Spital D._____, fest, dass 24 Stunden nach dem Unfall Nackenschmerzen, jedoch weder Gedächtnislücken noch Bewusstlosigkeit aufgetreten seien (S. 1 Ziff. 2.c und S. 2 Ziff. 4). Eine Röntgenuntersuchung der HWS und der BWS habe einen blanden Befund ergeben (S. 3 Ziff. 6.g). Als vorläufige Diagnose wurde ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma zweiten Grades nach der QTF-Klassifikation festgehalten und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 26. März bis zum 7. April 2013 attestiert (Ziff. 7 und Ziff. 9).

4.1.3 Anlässlich eines MRI der HWS vom 29. April 2013 beschrieb Dr. med. J._____, Facharzt für Radiologie, im Bericht vom 30. April 2013 (AB 17) eine links mediolaterale Bandscheibenprotrusion im Segment HWK5/6 mit mutmasslich reflektorischer Steilstellung der mittleren HWS, linksseitig intraforaminale C6- und fraglich intrazessale C7-Wurzelkompression. Kein Hinweis auf vordere oder hintere Längsbandruptur, resp. ossäre Begleitverletzung.

4.1.4 Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 21. Mai 2013 (AB 22) einen Status nach Auffahrunfall mit HWS-Distorsionstrauma mit nun persistierenden, invalidisierenden, hauptsächlich lokalen zervikonuchalen Schmerzen bei deutlicher Bandscheiben-

protrusion mediolateral linksbetont C5/C6 sowie ein chronisches und chronifiziertes Schmerzproblem nach Inguinalhernienoperation links vor ca. zwei Jahren wahrscheinlich infolge Einnähens eines Nervenastes. In der klinischen Untersuchung habe er wenig fassbare Befunde gefunden (S. 2). Es bestehe ein seit gut zwei Monaten persistierendes, lokales, zervikales und zervikozepales Schmerzproblem mit auch Arm- und Schulterschmerzen eher rechtsbetont, wahrscheinlich infolge der Diskopathie C5/C6 nach Auffahrunfall. Es liege aber mit Sicherheit bereits eine chronifizierte Schmerzproblematik seitens der Inguinalhernienoperation seit ungefähr zwei Jahren vor. Diese Chronifizierungsproblematik beeinflusse nun auch den Verlauf der HWS-„Verletzung“ (S. 2). Ob der Beschwerdeführer je wieder arbeitsfähig sein werde, hänge eigentlich von der Entwicklung seiner chronifizierten Schmerzproblematik viel mehr ab wie von der fassbaren Halswirbelsäulenpathologie (S. 3).

4.1.5 Der Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. L._____, Facharzt für Chirurgie, fasste in seiner ärztlichen Beurteilung vom 5. Juni 2013 (AB 25) die vorliegenden medizinischen Akten zusammen und hielt danach fest, dass von einem offenbar nicht so schlimmen Unfallereignis auszugehen sei, wenn das Taxi nach dem Unfall direkt habe weiterfahren können (S. 2). Zudem sei nicht davon auszugehen, dass hierbei eine Bandscheibenläsion aufgetreten sei, da auch vier Tage danach bei der Erstuntersuchung keine radikuläre Symptomatik vorhanden gewesen sei und im MRI keine Befunde aufgetreten seien, die auf eine stärkere Gewaltwirkung deuteten. Es handle sich lediglich um eine Distorsion ohne unfallbedingte strukturelle Läsionen und somit nicht um eine richtunggebende Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens (S. 2 f.).

4.1.6 Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 18. Juni 2013 (AB 40) aus, dass die Kopfschmerzen am ehesten als chronisches Spannungs-Kopfweg zu interpretieren seien und dass sich Hinweise auf eine zu Grunde liegende intrakranielle Pathologie nicht ergäben, der klinische Status sei normal. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem doch eher leichtgradigen Unfall und den bis heute persistierenden heftigsten Schmerzen. Der Neurologe denke, dass psychogene Faktoren in der Unterhaltung der Symptome von Bedeutung seien.

4.1.7 Die SUVA -Ärztin Dr. med. N._____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, hielt im Bericht vom 23. August 2013 (AB 54) fest, dass die otoneurologische Untersuchung eine periphere vestibuläre Funktionsstörung ausschliesse (S. 4). Die synkopalen Schwindelbeschwerden seien mit einem vestibulären Schwindel nicht vereinbar und bedürften weiterer Abklärung und Objektivierung. Die HNO-Ärztin beurteilte die Beschwerden mehrheitlich im Rahmen des Zervikalsyndroms.

4.1.8 Zur Duplexsonografie vom 4. Dezember 2013 führte Dr. med. O._____, Facharzt für Angiologie FMH und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, in seinem Bericht vom 4. April 2014 (AB 80) aus, dass er eine Hypoplasie der Arteria vertebralis rechts als anatomische Variante mit entsprechend kompensatorisch weitem Gefäss links finde. In beiden Gefässen herrsche aber ein orthograde Fluss, welcher sich auf Kopfbewegung nicht wesentlich ändere. Die extrakraniellen Karotiden seien unauffällig und es gebe keine Zeichen einer durchgemachten Dissektion. In der Untersuchung finde sich keine Erklärung für die geklagten Beschwerden.

4.1.9 In seiner ärztlichen Beurteilung vom 4. Juli 2014 (AB 96) fasste der Kreisarzt Dr. med. F._____ die medizinischen Akten zusammen und hielt abschliessend fest, dass die letzte Beurteilung bestätigt werden könne (S. 7): Sowohl den geklagten Kopf- und Nackenschmerzen, wie auch den zusätzlich geltend gemachten Schwindelbeschwerden fehle ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung. Die Beschwerden seien deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallfremd einzustufen.

4.2 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 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3

4.3.1 Hinsichtlich des Fallabschlusses wird im Bericht von Dr. med. K. _____ vom 21. Mai 2013 (AB 22) in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass von weiteren medizinischen Behandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitsschadens erwartet werden kann (S. 2) und auch mit einer operativen Behandlung keine wirkliche Schmerzverbesserung erreicht werden könne, da eine überlagerte chronifizierte Schmerzproblematik bestehe. Auf diese überzeugende Einschätzung kann abgestellt werden. Folglich ist gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG der Fallabschluss mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Rente der Unfallversicherung zu Recht per Ende April 2014 erfolgt.

4.3.2 Zur Frage, ob beim Auffahrunfall vom 22. März 2013 (AB 1 und AB 7) organische Unfallfolgen eingetreten sind, hält der Kreisarzt Dr. med. F. _____ in seinem Bericht vom 4. Juli 2014 (AB 96) fest, dass den beklagten Kopf- und Nackenschmerzen sowie den zusätzlich geltend gemachten Schwindelbeschwerden ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung fehle (S. 7). Diese Einschätzung findet ihren Rückhalt in den weiteren medizinischen Unterlagen: so waren bereits die Befunde bei der Röntgenuntersuchung anlässlich der Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 26. März 2013 bland (AB 12 S. 3 Ziff. 6.g). Im MRI der HWS vom 29. April 2013 (AB 17) zeigte sich zwar eine Bandscheibenprotrusion im Segment HWK5/6, doch entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im

Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ganz ausnahmsweise und unter besonderen Voraussetzungen als Ursache in Betracht fällt (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3). Eine solche Ausnahme liegt hier nicht vor, war doch das Unfallgeschehen mit Sicherheit nicht genügend schwer, um diesen Schaden herbeizuführen. Sodann äussert sich auch Dr. med. K. _____ in seinem Bericht vom 21. Mai 2013 (AB 22) nicht zur Kausalität der geltend gemachten Beschwerden, sondern spricht nur von einer „Diskopathie C5/C6 nach Auffahrunfall“. Hierbei handelt es sich offensichtlich aber nicht um eine Beurteilung der Kausalität, sondern vielmehr um eine Angabe der zeitlichen Einordnung der Beschwerden. Abgesehen davon liefert der Orthopäde auch keine Begründung, weshalb der beschriebene leichte Unfall eine Bandscheibenverletzung zur Folge gehabt haben sollte. Weiter schliesst der Neurologe Dr. med. M. _____ in seinem Bericht vom 18. Juni 2013 (AB 40) eine organische Ursache der Beschwerden implizit aus, indem er annimmt, dass psychogene Faktoren in der Unterhaltung der Symptome von Bedeutung seien. Auch konnten die Schwindelbeschwerden weder durch die otoneurologische Untersuchung der SUVA -Ärztin Dr. med. N. _____ vom 22. August 2013 (AB 54 S. 4) noch bei der Duplexsonografie vom 4. Dezember 2013 (AB 80) erklärt und auf organische Unfallfolgen zurückgeführt werden.

Damit ist erstellt, dass der Auffahrunfall vom 22. März 2013 – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 4 Ziff. 3) – zu keinen organischen Unfallfolgen geführt hat.

4.4 Ob ein psychiatrischer Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, kann vorliegend offen bleiben, da es diesfalls – wie nachfolgend dargelegt wird – an der fehlenden Adäquanz des Kausalzusammenhanges mangelt (vgl. E. 5 nachfolgend).

4.5 Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt und die Akten ergeben ein schlüssiges Bild. Von weiteren Beweismassnahmen und insbesondere von der Erstellung einer polydisziplinären Begutachtung – wie sie vom Beschwerdeführer beantragt wird (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 4.3) – sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu

erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162), so dass darauf verzichtet werden kann (vgl. SVR 2008 UV Nr. 30 S. 113 E. 5.1). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass sich die Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109 über die Notwendigkeit einer Begutachtung – auf welche in der Beschwerde verwiesen wird (S. 5 Ziff. 4.2) – auf die dem Beschwerdebild zu Grunde liegenden Verletzungen bezieht (BGE 134 V 109 E. 9 in fine S. 122); diese sind hier jedoch nicht erstellt resp. können offen gelassen werden (vgl. E. 4.3 vorstehend bzw. E. 5 nachfolgend).

5.

5.1 Die für die Adäquanzprüfung relevante Frage, ob der Beschwerdeführer beim Unfall vom 22. März 2013 ein Schleudertrauma erlitten hat, ist zu bejahen: Die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen sind mit dem Auftreten der Nackenschmerzen (vgl. AB 12 S. 2 Ziff. 4) – zumindest teilweise – erstellt. Zur Prüfung der Adäquanz ist damit vorliegend die sogenannte Schleudertrauma-Praxis anwendbar, wobei deren Anwendbarkeit jedoch letztlich offen bleiben kann (vgl. E. 3.3.2 hiavor).

5.2 Einfache Auffahrunfälle werden rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (z.B. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. März 2010, 8C_812/2009, E. 5.1); es ist kein Grund ersichtlich, weshalb hier etwas anderes gelten sollte: Nach den Ausführungen des Beschwerdeführers im Erstgespräch vom 12. April 2013 (AB 7) sei während der Fahrt zum Flughafen ein anderes Fahrzeug auf das Taxi, in welchem sich der Beschwerdeführer befand, aufgefahren, wobei dieses keinerlei Schaden erlitten habe und der Fahrer gleich weitergefahren sei. Bei einem mittleren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen liegen die nach der Rechtsprechung notwendigen Kriterien gehäuft vor, wenn vier davon erfüllt sind (vgl. E. 3.3.3 hiavor). Dies ist hier nicht der Fall:

5.2.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist klarerweise zu verneinen,

was vom Beschwerdeführer auch ausdrücklich anerkannt wird (Beschwerde S. 7 Ziff. 4.4).

5.2.2 Die erlittenen Verletzungen waren weder schwer noch von besonderer Art; entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 7 Ziff. 4.4) genügt die Diagnose eines Schleudertraumas für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127 f.). Dass die Diskopathie C5/C6 beim hier interessierenden Unfallereignis entstanden ist, ist nicht erstellt (vgl. E. 4.3.2 vorstehend).

5.2.3 Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist nicht zu bejahen: Die Therapie bestand bis anhin nur aus physiotherapeutischer (vgl. u.a. AB 24) und medikamentöser Behandlung (vgl. AB 40); die Häufigkeit und Dauer der erfolgten Behandlungen wurde durch die Fachärzte der Klinik E. _____ als zu gering eingestuft (AB 49 S. 2); damit kann von einer fortgesetzt belastenden Behandlung nicht die Rede sein.

5.2.4 Das Kriterium der erheblichen Beschwerden 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 bringt zwar in seiner Beschwerde vor, dass die Schmerzen seinen Alltag massiv beeinträchtigen (S. 7 Ziff. 4.4), doch kann dieses Kriterium nur dann als erfüllt betrachtet werden, wenn die Beschwerden in Intensität und Ausmass von den üblicherweise bei Schleudertraumata und äquivalenten Verletzungen auftretenden Beeinträchtigungen abweichen, ansonsten das Kriterium stets erfüllt wäre (Entscheid des BGer vom 18. April 2011, 8C_46/2011, E. 5.2.2). Allein mit den Schmerzen des Beschwerdeführers, insbesondere im Nackenbereich, kann es nicht als erfüllt gelten.

5.2.5 Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, finden sich in den Akten nicht und werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

5.2.6 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden, nötig sind besondere

Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (z.B. Entscheid des BGer vom 4. Februar 2011, 8C_680/2010, E. 5.3.4); solche sind hier aber nicht ersichtlich. Es genügt auch nicht zur Bejahung des Kriteriums, dass Beschwerden trotz medizinischer Behandlung anhalten (Entscheid des BGer vom 3. Juni 2009, 8C_768/2008, E. 4.2.4) resp. dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann (Entscheid des BGer vom 11. August 2011, 8C_481/2011, E. 4.2).

5.2.7 Eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist ebenfalls nicht zu bejahen. Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 130; SVR 2009 UV Nr. 13 S. 56 E. 7.7.1). In den Akten ist nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer entsprechende Anstrengungen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess unternommen hätte. Vielmehr finden sich Hinweise, dass seine diesbezügliche Motivation nicht allzu gross ist, denn zum einen sei seine Selbstprognose hinsichtlich der Wiederaufnahme seiner bisherigen Arbeit schlecht und zum anderen sehe er sich nicht fähig, seine Arbeit wieder aufzunehmen, solange er nicht beschwerdefrei sei (vgl. AB 49 S. 3).

5.3 Damit liegt – selbst wenn das Bestehen psychischer Gesundheitsbeeinträchtigungen bejaht würde (vgl. E. 4.4 vorstehend) – keines der notwendigen Kriterien vor, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang bei einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Fällen nicht bejaht werden kann (vgl. E. 3.3.3 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht die Leistungen für den Unfall vom 22. März 2013 eingestellt bzw. einen Anspruch auf weitere Leistungen (Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung) verneint.

6.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2014 (AB 99) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist unbegründet und deshalb abzuweisen.

7.

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

7.2 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). Daran ändert nichts, dass die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör verletzt hat (E. 2 vorstehend); denn der Beschwerdeführer hätte ohnehin Beschwerde erhoben, so dass kein zusätzlicher (und unnötig verursachter) Aufwand entstanden ist.

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.