

200 17 830 UV
SCJ/JAP/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Mai 2018

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 24. Juli 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1984 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) stand in einer beruflichen Massnahme der Invalidenversicherung und war bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er sich gemäss Schadenmeldung (Akten der Suva [act. II] 5) am 20. Mai 2015 bei einer Auffahrkollision verletzte. Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. II 11 f., 49 f., 131, 147, 189). Mit Verfügung vom 22. März 2017 (Akten der Suva [act. IIA] 242) stellte sie diese vorübergehenden Leistungen per 31. März 2017 ein und verneinte gleichzeitig einen Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. eine Integritätsentschädigung. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. IIA 265, 270) mit Entscheid vom 24. Juli 2017 (act. IIA 273) fest, soweit sie auf das Rechtsmittel eintrat.

B.

Mit Eingabe vom 14. September 2017 hat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B._____, Beschwerde erhoben und beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben und die Sache sei zur weiteren Abklärung an die Suva (Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen weiterhin zu erbringen. Im Rahmen des Eventualbegehrens hat er den Beweisantrag auf Einholung eines polydisziplinären (orthopädischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen) Gerichtsgutachtens gestellt. In verfahrensrechtlicher Hinsicht hat er die Sistierung des Beschwerdeverfahrens bis zum Vorliegen weiterer Abklärungsergebnisse Ende September 2017 verlangt und zudem um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung seiner Rechtsvertreterin als amtliche Anwältin ersucht. Am 15. September 2017 hat er die in der Beschwerde erwähnten Beilagen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 1-11) und ein von Redaktionsfehlern bereinigtes Doppel der Beschwerdeschrift sowie am 9. Oktober 2017 aufforderungsgemäss (prozessleitende Verfü-

gung vom 19. September 2017) weitere Beweismittel (act. I 12-24) nachgereicht.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2018 hat die Beschwerdegegnerin, unter anderem mit Verweis auf eine Beurteilung ihrer Abteilung Versicherungsmedizin vom Dezember 2017 (act. IIA 341 f.), auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

Replicando hat der Beschwerdeführer am 5. März 2018 an den gestellten Rechtsbegehren festgehalten und weitere Unterlagen (act. I 25-27) ins Recht gelegt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 Abs. 1 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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 24. Juli 2017 (act. IIA 273). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 20. Mai 2015 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht per 31. März 2017 einstellte und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte. Ausserhalb des Anfechtungs- und Streitgegenstandes liegen dagegen die diversen früheren Schadenereignisse (vom 26. Mai 2001 [Knie rechts], 2. November 2007 [Knie links], 8. Dezember 2010 [Knie links] und 23. Mai 2009 [Handgelenk rechts]; vgl. act. II 1, 60/2).

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 Der Beschwerdeführer rügt vorab eine Verletzung des Akteneinsichtsrechts als Teilgehalt des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. dazu Art. 47 Abs. 1 ATSG; Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; BGE 140 V 464 E. 4.1 S. 467, 132 V 368 E. 3.1 S. 371; SVR 2008 UV Nr. 1 S. 2 E. 3.2), da seiner Rechtsvertreterin die unvollständigen amtlichen Akten unterbreitet worden seien; auf dem zugestellten Datenträger seien namentlich ein neurologischer Bericht vom 8. April 2016 sowie ein am Tag nach dem Unfall erstellter CT-Befund nicht enthalten gewesen (Beschwerde S. 4 Ziff. IV Ziff. 1; Replik S. 2 Ziff. II Ziff. 1).

2.2 Der Konsiliarbericht des Dr. med. C. _____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. April 2016 (act. IIA 239) fand erst am 16. März 2017 Eingang in die Akten (vgl. Akteninhaltsverzeichnis sowie Kopfzeilenaufdruck auf act. IIA 239), weshalb er auf dem Datenträger (act. I 11), welcher gestützt auf das Akteneinsichtsgesuch vom 6. März 2017 (act. IIA 232) am 9. März 2017 erstellt wurde, nicht enthalten

sein konnte. Rechtsanwältin B._____ räumte in der Replik (S. 2 Ziff. II Ziff. 1) denn auch ein, dass sie das entsprechende Dokument anlässlich einer erneuten Akteneinsicht von Ende November 2017 (act. IIA 331) vorgefunden habe. Damit hatten der Beschwerdeführer bzw. seine Rechtsvertreterin ohne weiteres die Möglichkeit, sämtliche Unterlagen einzusehen, auf welche sich die Beschwerdegegnerin bei ihren Verwaltungsakten stützte (vgl. 132 V 387 E. 3.1 S. 388 f.). Von einer Verletzung des Akteneinsichtsrechts kann ebenso wenig im Zusammenhang mit dem Befundbericht des Spitals D._____ vom 22. Mai 2015 (act. IIA 326) die Rede sein. Diesen Bericht über das am 21. Mai 2015 angefertigte Schädel-CT edierte die Beschwerdegegnerin (trotz Devolutiveffekt [vgl. MERKLI/AESCHLI-MANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 74 N. 6]) während der Rechtshängigkeit des vorliegenden Beschwerdeverfahrens, er konnte folglich weder als Grundlage für die Verfügung vom 22. März 2017 (act. IIA 252) noch für den angefochtenen Einspracheentscheid vom 24. Juli 2017 (act. IIA 273) dienen. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Replik Gelegenheit hatte sich zu diesem Dokument zu äussern und eine allfällig erfolgte (leichte) Gehörsverletzung in Anbetracht der uneingeschränkten Kognition des angerufenen Gerichts ohnehin als geheilt gelten könnte (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2). Es sind demnach die materiellen Rügen im Zusammenhang mit dem streitigen Anspruch zu prüfen.

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 vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [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 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3, 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 Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse 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

3.3.1 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).

3.3.2 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; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3).

3.3.3 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien 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 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 Verlet-

zungen 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). Ebenfalls nach BGE 115 V 133 vorzugehen ist, wenn bei einer versicherten Person bereits vor dem Unfall psychische Beschwerden vorlagen, die durch das Unfallereignis verstärkt wurden (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Juni 2007, U 159/05, E. 2.2).

Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für

die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 8 E. 5.2) – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183). Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in

eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5). 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 der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

3.4 Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnah-

men der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Die Frage einer zu erwartenden gesundheitlichen Verbesserung ist nur prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2).

3.5 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

4.

4.1 Dass das in der Schadenmeldung (act. II 5) geschilderte Ereignis vom 20. Mai 2015 die kumulativen Tatbestandselemente des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 3.1 hiavor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten. Für den Nichtberufsunfall ist in intertemporalrechtlicher Hinsicht die bis 31. Dezember 2016 gültige Rechtslage massgebend (vgl. Abs. 1 der

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG), was sich im vorliegenden Fall indes nicht auswirkt.

4.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich für den Zeitraum vom 20. Mai 2015 (versichertes Unfallereignis) bis zum 24. Juli 2017 (angefochtener Einspracheentscheid [act. IIA 273]) den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

4.2.1 Am Folgetag des Unfalls vom 20. Mai 2015, bei welchem der Beschwerdeführer als (allenfalls nicht angegurterter [vgl. E. 4.5.1 und E. 5.1 hiernach]) Autolenker auf einen anderen Personenwagen aufgefahren war (act. II 48, 54), begab er sich ins Spital D._____. Dort konnte eine Fraktur sowie eine intrazerebrale Blutung mittels Schädel-CT ausgeschlossen werden und wurde ihm bei unauffälligen neurologischen Befunden Analgesie bei Bedarf verordnet sowie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 24. Mai 2015 attestiert (act. IIA 326, 336/2 f.). Im entsprechenden Dokumentationsbogen (act. II 29) vermerkte der Assistenzarzt am 4. August 2015 als vorläufige Diagnose ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad 0 (keine Nackenbeschwerden, keine somatischen Befunde) gemäss QTF-Klassifikation (Quebec Task Force).

4.2.2 Der nachbehandelnde med. pract. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab im Bericht vom 27. Juli 2015 (act. II 28) an, sein Patient habe «am 22.6.2015 als Passagier eines Taxis einen Auffahrunfall» erlitten. Seither bestünden therapieresistente Schmerzen im Gesässbereich und der Leiste beidseits, welche muskulärer Natur seien und vor dem Unfall nicht vorgelegen hätten. Zudem sei im Verlauf ein beidseitiger Tinnitus mit zerebralem Druckgefühl und Schwindel aufgetreten, was nunmehr bildgebend und HNO-ärztlich abgeklärt werde und vermutlich unfallbedingt sei. Während das entsprechende Schädel-MRI vom 31. August 2015 (act. II 62/2) keinen pathologischen Befund ergab, erhob der konsiliarisch beigezogene Dr. med. F._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, aufgrund einer Hals-Sonographie zunächst einen Verdacht auf einen Morbus Sjögren und zog differentialdiagnostisch ein Non-Hodgkin-Lymphom in Betracht (act. II 118/5). Gemäss Laborbefund vom 9. September 2015 (act. II 118/6) liessen sich die für einen Morbus Sjögren als typisch angesehenen Veränderungen jedoch nicht ausmachen und es ergab sich auch

kein Anhalt für eine Malignität. Ebenso zeigte das MRI des Halses vom 28. September 2015 – nebst vergrösserten Ohrspeicheldrüsen – weder eindeutige Hinweise auf einen Morbus Sjögren noch Malignitätszeichen (act. II 62/4). In Kenntnis dieser Ergebnisse hielt med. pract. E. _____ am 24. November 2015 fest, dass die unfallbedingten Beschwerden im Sinne einer kranio-zervikalen Distorsion Grad III (gemäss QTF-Klassifikation) im Verlauf regredient, abgeklärt und nicht mehr ursächlich für die mittlerweile aus anderen Gründen bestehende Arbeitsunfähigkeit seien (act. II 62/2).

4.2.3 Am 21. Dezember 2015 gab Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, unter anderem an, die nach dem Autounfall zunächst aufgetretenen Schmerzen und das Blockadegefühl in der gesamten rechten Körperhälfte seien unter Schmerzmedikation nach einem Monat verschwunden. Im Bereich der HWS bestünden keine Schmerzen, unter anderem seien jedoch neu zunehmende Schmerzen in der rechten Schulter aufgetreten. Er diagnostizierte in diesem Zusammenhang aufgrund der Bildgebung eine Skapuladyskinesie mit Myogelosen im Bereich der medialen Skapula-stabilisierenden Muskulatur (act. II 68; vgl. auch act. IIA 271/21 f.).

4.2.4 Dr. med. H. _____, Praktischer Arzt, orientierte im Bericht vom 22. Februar 2016 (act. II 89) darüber, dass der Beschwerdeführer seit 13. Februar 2015 (notfallmässig wegen Panikattacken) bzw. seit 16. September 2015 wegen des Unfalls bei ihm in Behandlung stehe. Es handle sich um einen nicht leicht einzuordnenden Fall, insbesondere weil beim Autounfall kein organischer Kern habe festgestellt werden können. Die psychischen Auffälligkeiten deuteten auf eine schwere Schmerzverarbeitungsstörung hin. Der Patient sei bei der letzten Konsultation an zwei Krücken, mit fehlender Kraft und schmerzemonstrierend, gekommen, weshalb nichts anders übrig geblieben sei, als eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren.

4.2.5 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erklärte am 14. März 2016 unter anderem, es seien keine unfallbedingten richtunggebenden strukturellen Läsionen dokumentiert und auch hirnorganisch lägen

keine Unfallfolgen vor (act. II 92). Nachdem Dr. med. C._____ im Bericht vom 8. April 2016 (act. IIA 239/2-4) die geklagten Beschwerden in den bekannten essentiellen Tremor eingeordnet (ohne dass sich in der neurologischen Untersuchung pathologische Befunde gezeigt hatten) und med. pract. E._____ am 20. Juni 2016 keinen medizinisch indizierten weiteren Abklärungsbedarf gesehen hatte (act. II 118/1), bestätigte der Kreisarzt am 22. Juni 2016 seine bisherige Aktenbeurteilung, wobei er den medizinischen Endzustand als erreicht betrachtete (act. II 119).

4.2.6 Unter Einbezug eines Berichts der behandelnden Dr. med. J._____ (im Medizinalberuferegister ohne anerkannten Facharztstitel verzeichnet [vgl. <www.medregom.admin.ch>]) vom 6. Juli 2016 (act. II 141), in welchem diese über einen nach dem Unfall rapide verschlechterten psychischen Zustand berichtete und eine leichte Intelligenzminderung in Betracht zog, wurde seitens der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin am 12. September 2016 eine psychiatrische Beurteilung abgegeben (act. II 155). Darin diagnostizierte Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hauptsächlich eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22). Als Verdachtsdiagnosen vermerkte er zudem eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.30 [richtig wohl: F45.4]), eine relevante Persönlichkeitspathologie sowie eine leichte Intelligenzminderung. Er gelangte zum Schluss, dass die psychische Problematik bald nach dem Unfall eine eindeutige Dominanz gezeigt habe und die entsprechenden Beschwerden bis heute dominierten. Nach überwiegender Wahrscheinlichkeit liege weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine (Teil-)Unfallkausalität vor.

4.2.7 Nach dem Vorliegen weiterer Unterlagen (Bericht des Dr. med. L._____, Facharzt für Chirurgie bzw. Handchirurgie vom 22. Dezember 2016 [act. IIA 209], undatierter Bericht des med. pract. E._____ [Eingang 26. Januar 2017; act. IIA 215]) bekräftigte Dr. med. I._____ am 27. Januar 2017 seine bisherigen Einschätzungen (act. IIA 217).

4.2.8 In der Folge wurde sowohl seitens der Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste M._____ als auch der Psychosomatischen Medizin des Spitals Q._____ im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. Mai 2015 ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung

(PTBS; ICD-10: F43.1) geäussert. Nebst der angegebenen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), der mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) sowie der Panikstörung (ICD-10: F41.0) wurde zudem aufgrund der Herz- und Kreislaufprobleme – für welche keine kardiale Pathologie gefunden worden war (act. IIA 271/10-18) – eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.3) postuliert (act. IIA 234/2-4, 247/2-4, 271/34-36; vgl. auch act. I 27).

4.2.9 Eine weitere Bildgebung vom 21. Juni 2017 (Thorax CT mit intravenöser Kontrastmittelgabe) offenbarte eine mediastinale Lymphadenopathie unklarer Ätiologie, wogegen sich keine Hinweise auf eine Lungenembolie oder eine interstitielle Pneumopathie zeigten (act. IIA 271/37).

4.3 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 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 Gut-

achters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

4.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 24. Juli 2017 (act. IIA 273) hauptsächlich auf die Einschätzungen des Dr. med. I. _____ (act. II 92, 119; act. IIA 217). Dessen fachärztliche Aktenbeurteilungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 4.3 hiavor), womit sich weitere Sachverhaltserhebungen – insbesondere in Form des eventualiter beantragten Gerichtsgutachtens (Beschwerde S. 2 Ziff. I) – erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Dass der Suva-Kreisarzt auf eine klinische Exploration des Beschwerdeführers verzichtete, ist nicht zu beanstanden, konnte er sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Zwar liess sich Dr. med. I. _____ anfänglich durch die widersprüchlichen Angaben über das Datum und die Umstände des Schadenereignisses (vgl. insbesondere act. II 28/1) beirren, der entsprechende Widerspruch in den Akten liess sich jedoch schliesslich beseitigen (act. II 60/1, 179). Seine Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend begründet. Überdies präsentiert sich die medizinische Aktenlage ohnehin insoweit kohärent und widerspruchsfrei, als die involvierten Ärzte grundsätzlich darin übereinstimmen, dass der medizinische Endzustand (im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG; vgl. E. 3.4 hiavor) im Zeitpunkt der Leistungsterminierung per 31. März 2017 (act. IIA 242/1) längst eingetreten war, keine unfallbedingten organisch objektiv ausgewiesenen Beschwerden festgestellt werden konnten und die physischen Beschwerden im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben (vgl. E. 3.3.3 hiavor).

4.4.1 Dr. med. I. _____ erklärte bereits am 22. Juni 2016, von einer weiteren Behandlung könne überwiegend wahrscheinlich keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden (act. II 119), was mit dem Bericht des behandelnden med. pract. E. _____ vom 20. Juni 2016 (act. II 118/1) korreliert, wonach kein medizinisch indizierter Abklärungsbedarf mehr bestehe. Zwar wies der Letztere im Januar 2017 dar-

auf hin, dass der Beschwerdeführer noch Schmerzen an der oberen Brustwirbelsäule (BWS) verspüre und Physiotherapie in Anspruch nehme (act. IIA 215), eine Fortsetzung der *ärztlichen* Behandlung wurde indes nicht postuliert. Sodann wurde der Beschwerdeführer nach der am 3. März 2017 beendeten Therapie in der Tagesklinik der M._____ zwar von Dr. med. J._____ weiter betreut (act. IIA 271/34), da hier indes die sog. Psycho-Praxis (BGE 115 V 133; E. 3.3.3 hiervor) Anwendung findet (vgl. E. 4.6 hiernach), ist im Kontext von Art. 19 Abs. 1 UVG einzig eine allfällige Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung massgebend (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116).

4.4.2 Die Bildgebung – insbesondere das initiale Schädel-CT vom 21. Mai 2015 (act. IIA 326) sowie das Schädel-MRI vom 31. August 2015 (act. II 62/3) – zeigte keine unfallbedingten strukturellen Schäden. Im Tomogramm des Halses vom 28. September 2015 präsentierten sich lediglich vergrösserte Ohrspeicheldrüsen (act. II 62/4) und im Zusammenhang mit der kurz vor dem Einspracheentscheid vom 24. Juli 2017 (act. IIA 273) im Thorax-CT vom 21. Juni 2017 entdeckten unspezifischen Erkrankung der Lymphknoten (act. IIA 271/37) stellte keiner der Ärzte einen Bezug zum Unfallereignis vom 20. Mai 2015 her. Hinsichtlich der erstmals im Dezember 2015 erwähnten rechtsseitigen Schulterbeschwerden ergab sich kein Anhalt für eine Läsion der Rotatorenmanschette (RM), sondern zeigten sich bloss Muskelverhärtungen (Myogelosen) an den Rhomboiden bzw. am Schulterblattheber (act. II 68). Die Dres. med. H._____ und I._____ waren sich einig, dass kein unfallbedingtes organisches Korrelat vorliegt (act. II 89/2, 92, 119; act. IIA 217).

4.4.3 Die bereits vor dem Unfall behandelten psychischen Beschwerden (act. II 80) standen auch nach dem Ereignis vom 20. Mai 2015 im Vordergrund. In der von den M._____ vom Dezember 2014 bis Januar 2016 dokumentierten Krankengeschichte findet der Unfall denn auch überhaupt keine Erwähnung (act. II 125/3-11). Zudem wiesen Dr. med. G._____ und med. pract. E._____ Ende 2015 darauf hin, dass die nach der Auf-fahrkollision aufgetretenen Beschwerden bereits nach einem Monat verschwunden seien (act. II 68) bzw. nunmehr nicht mehr wegen der unfallbedingten kranio-zervikalen Distorsion, sondern aus anderen Gründen eine

Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. II 62/2). In dieselbe Richtung zielte Dr. med. K._____, der im September 2016 überzeugend darlegte, dass die psychische Problematik nach dem Unfall eine eindeutige Dominanz aufwies und auch den seitherigen Verlauf dominiere (act. II 155/13 ff.).

4.5 Auch aus den seitens des Beschwerdeführers im vorliegenden Beschwerdeverfahren aufgelegten medizinischen Unterlagen, welche erst nach dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 24. Juli 2017 (act. IIA 273) – der grundsätzlich den gerichtlichen Überprüfungshorizont markiert (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – datieren (act. I 13 f., 16-19, 26 f.), ergeben sich keine relevanten Aspekte, die geeignet wären, den Beweiswert der Aktenbeurteilungen des Dr. med. I._____ (act. II 92, 119; act. IIA 217) zu erschüttern.

4.5.1 Das Verlaufs-MRI des Schädels vom 22. September 2017 zeigte im Vergleich zu den Voruntersuchungen vom 1. April und 31. August 2015 (act. I 10/2; act. II 62/3) unveränderte Befunde (act. I 13/1). Ein gleichzeitig erfolgtes MRI der HWS offenbarte zwar einen anterioren Anulusriss auf Höhe C5/6 und C6/7 sowie ein Knochenmarködem anteroinferior im Wirbelkörper C6. Dr. med. N._____, Fachärztin für Radiologie, erachtete einen Zusammenhang mit einem Trauma jedoch lediglich als möglich (act. I 13/2), was mit Blick auf den massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; SVR 2017 UV Nr. 20 S. 67 E. 3.2) nicht genügt, um eine unfallbedingte strukturelle Schädigung zu beweisen. Hinzu kommt, dass sich die von der Beschwerdegegnerin eingereichte Aktenbeurteilung vom 21. Dezember 2017 (act. IIA 242) eingehend mit der entsprechenden Fragestellung befasst. Prof. Dr. med. O._____, Fachärztin für Neurochirurgie, gelangte dabei zum einleuchtenden Schluss, dass die Bandscheibenveränderungen überwiegend wahrscheinlich weder traumatisch entstanden noch durch das Unfallereignis symptomatisch geworden seien. Dass sie auch die biomechanische Kurzbeurteilung vom 18. Januar 2017 (act. IIA 213/3-8) miteinbezog, ist nicht zu beanstanden. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern diese Kurzbeurteilung gestützt auf offensichtlich unvollständige Akten ergangen und fehlerhaft sein soll (Replik S. 2 Ziff. II Ziff. 3 f.). Wohl lagen den Experten der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik (U._____) unter anderem Fotos des im Heckbe-

reich beschädigten Fahrzeugs (act. IIA 207/13-25), nicht aber solche des auffahrenden Autos vor (act. IIA 213/3 f.). Sie kannten jedoch die Daten beider Fahrzeuge und stützen sich bezüglich der Schäden am Auto des Beschwerdeführers auf die Angaben im Polizeirapport (act. II 48, 54). Zudem mag es zwar zutreffen, dass der erst im August 2015 ausgefüllte Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (act. II 29) insbesondere zur Frage, ob der Sicherheitsgurt getragen wurde, allenfalls unzutreffende Angaben enthält. In der biomechanischen Kurzbeurteilung wurde diesem Umstand jedoch insofern Rechnung getragen, als auch die mögliche biomechanisch relevante Besonderheit diskutiert wurde, dass der Beschwerdeführer – wie er selbst angab – nicht angegurtet war (act. IIA 213/5 f.). Hinzu kommt, dass die biomechanische Kurzbeurteilung für sich alleine ohnehin keine ausreichende Grundlage für die Kausalitätsbeurteilung bildet (vgl. HANS-JAKOB MOSIMANN, Der Stellenwert von Unfallanalyse und Biomechanik für die Rechtsprechung, in: SZS 2011 S. 549 ff.) und die Neurochirurgin zusätzlich den klinischen Verlauf sowie die bildgebenden Befunde berücksichtigte (act. IIA 342/13).

4.5.2 Dr. med. P._____, Facharzt für Neurologie, fand gemäss Bericht vom 22. September 2017 (act. I 14) bezüglich des Blockadefühls bzw. Schmerzempfindens an der linken Körperhälfte (Hemihypästhesie) keinen sicheren Hinweis auf eine neurologische Erkrankung, vielmehr ging er von einer Schmerzerkrankung im Sinne eines psychophysiologischen Beschwerdekomplexes aus.

4.5.3 Dr. med. J._____ bestätigte am 3. Oktober 2017 (act. I 16), dass Angstzustände, Panik- und Hyperventilationsattacken im Vordergrund stünden und sich der Zustand seit dem Unfallereignis deutlich verschlechtert habe, was – ebenso wie der Austrittsbericht der Tagesklinik der Psychosomatischen Medizin des Spitals Q._____ vom 12. Oktober 2017 (act. I 26) – letztlich die Einschätzung von Dr. med. K._____ stützt, wonach die psychische Problematik den gesamten Beschwerdeverlauf dominierten (act. II 155/19). Auf die aus fachfremder Perspektive geäusserte und nicht näher begründete Vermutung von Dr. med. J._____, dass die «Nackenschmerzen durch Verletzungen an der Wirbelsäule» ausgelöst worden seien (act. I 16/1), kann hingegen nicht abgestellt werden.

4.5.4 Was die rechtsseitigen Schulterbeschwerden anbelangt (Beschwerde S. 5 Ziff. IV Ziff. 2), äusserte Dr. med. R. _____ (gem. Medizinalberuferegister [www.medregom.admin.ch] Praktischer Arzt, nach eigenen Angaben «Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates») am 7. September 2017 den Verdacht, seit dem Verkehrsunfall im Mai 2015 komme es zu willkürlichen Subluxationen der betreffenden Schulter (act. I 17). Ein am 12. September 2017 durchgeführtes MRI ergab eine deutliche Tendinopathie der RM-Sehnen mit gelenkseitiger Läsion der Infrapinatussehne, Hinweise auf eine Schultersteife, eine geringe dorsale Subluxation im Schultergelenk sowie einen Verdacht auf einen Status nach Bankart-Läsion (act. I 18). PD Dr. med. S. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, legte in seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2017 (act. IIA 341) unter sorgfältiger Würdigung der Aktenlage jedoch überzeugend dar, dass die Schulterbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das inkriminierte Schadenereignis vom 20. Mai 2015 zurückzuführen sind. Eine klinische Untersuchung (Replik S. 3 Ziff. II Ziff. 2) war dabei angesichts des lückenlosen Untersuchungsbefundes nicht zwingend (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b), zumal Dr. med. S. _____ nicht daran zweifelte, dass die Schulter tatsächlich willkürlich subluxiert. Des Weiteren wäre in Bezug auf die Frage der natürlichen Unfallkausalität selbst dann nichts gewonnen, wenn sich der von Dr. med. R. _____ erhobene Verdacht erhärtet hätte. Denn allein durch den Umstand, dass die gelegentliche Subluxation der rechten Schulter erst nach dem Unfall auftrat, gelten diese Beschwerden nicht als durch den Unfall verursacht (beweisrechtliche Unzulässigkeit der sog. «post hoc ergo propter hoc»-Argumentation [vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3]).

4.5.5 Schliesslich ist auch die vom Beschwerdeführer sinngemäss geltend gemachte Unfallkausalität der Ohrbeschwerden (Eingabe vom 9. Oktober 2017 S. 2; Replik S. 3 Ziff. II Ziff. 4) nicht ausgewiesen. Die vergrösserten Ohrspeicheldrüsen entsprechen einer (leichten) rezidivierenden Parotitis (act. II 62/4, 118/1), die – ebenso wenig wie der Morbus Sjögren – mit einer traumatischen Ätiopathogenese assoziiert wird (vgl. LENARZ/BOENNINGHAUS, HNO, 14. Aufl. 2012, S. 374 f.). Soweit Dr. med.

T._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, im Bericht vom 6. Oktober 2017 (act. I 25) diesbezüglich – notabene ohne dies zu erläutern – von einem «bekannten Sjögren-Syndrom» ausging, widerspricht dies im Übrigen sowohl dem histomorphologischen Befund vom 7. September 2015 (act. II 118/6) als auch dem MRI-Befund vom 28. September 2015 (act. 62/4). Dass es sich bei der diagnostizierten beidseitigen Tubenbelüftungsstörung bzw. Schallempfindungsschwerhörigkeit um organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen handeln könnte, wurde weder von Dr. med. T._____ in Betracht gezogen noch ergeben sich angesichts der klinisch erhobenen Befunde hierfür Anhaltspunkte. Bezüglich des von med. pract. E._____ erwähnten beidseitigen Tinnitus' (act. II 28/1) besteht keine medizinisch gesicherte Grundlage, um ihn als körperliches Leiden zu betrachten, weshalb mit ihm im Hinblick auf die Kausalität wie mit anderen organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerdebildern zu verfahren ist (vgl. BGE 138 V 248; E. 5 hiernach).

4.6 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einerseits der medizinische Endzustand im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 31. März 2017 erreicht war und andererseits keine somatischen Unfallfolgen bestehen. Weiter ist erstellt, dass die physischen Beschwerden im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind, weshalb letztlich offen bleiben kann, ob der Beschwerdeführer beim Unfall überhaupt ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitt bzw. ob sich innert der definierten Latenzzeit entsprechende Beschwerden manifestierten (vgl. E. 3.3.3 hiervor). Immerhin gilt es anzumerken, dass der Unfallmechanismus mit einem Frontaufprall weniger charakteristisch für ein Schleudertrauma (vgl. JÜRGEN SENN, HWS-/Hirnverletzungen und Biomechanik, in: AJP 1999 S. 626 Ziff. 4) bzw. jedenfalls für den Körper weniger belastend (vgl. Entscheid des BGer vom 15. September 2011, 8C_376/2011, E. 5.1) ist als bei einem Heckaufprall und zudem eine Comotio cerebri (act. IIA 273/10 E. 5b) durch eine allfällige Kopfkontusion an der Windschutzscheibe keine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung darstellt (Entscheid des BGer vom 19. April 2017, 8C_44/2017, E. 4.1

mit Hinweisen). Die Adäquanz organisch nicht objektiver Beschwerden ist folglich nach der sog. Psycho-Praxis zu beurteilen (vgl. E. 3.3.3 hiervor).

5.

5.1 Der Unfallhergang vom 20. Mai 2015 ist in den amtlichen Akten dokumentiert. Gemäss den rudimentären Angaben in der Schadenmeldung fuhr der Beschwerdeführer zirka 30-50km/h, als plötzlich die vorausfahrenden Autos bremsen; beim Versuch zu bremsen sei es zu einem Zusammenstoss gekommen (act. II 5 Ziff. 6). Laut Anzeigerapport der Kantonspolizei vom 21. Mai 2015 (act. II 48, 54) lenkte der Beschwerdeführer einen 1999 immatrikulierten ... auf einer mit Geschwindigkeitsbegrenzung von 50km/h signalisierten Hauptstrasse innerorts, wobei es regnete und ein starkes Verkehrsaufkommen herrschte. Vor ihm fuhr eine Drittperson in einem 1998 erstzugelassenen (act. II 190/17) ... Stationswagen. Um zirka 17.40 Uhr spurte die Drittperson an der Mittellinie ein und hielt an, um nach links abzubiegen. Zur selben Zeit blickte der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben auf ein Haus am rechten Fahrbahnrand und bemerkte zu spät, dass das Fahrzeug vor ihm angehalten hatte. Trotz sofortiger Vollbremsung kollidierte der ... mit dem Heck des ... Die (vorhandene) Lenk-rad-Airbags wurden bei beiden Fahrzeugen nicht ausgelöst. Anlässlich der polizeilichen Befragung gab der Beschwerdeführer unter anderem an, er sei in einer Kolonne mit zirka 50km/h gefahren, wobei der Abstand zum vorderen Fahrzeug zirka vier bis fünf Meter betragen habe. In letzter Sekunde habe er versucht seinen Personenwagen nach rechts zu lenken um eine Kollision zu verhindern, trotzdem sei die linke vordere Ecke seines Fahrzeugs mit der rechten hinteren Ecke des anderen Autos kollidiert. Er habe eine «Beule» am Kopf und Nackenschmerzen davongetragen, da er keinen Sicherheitsgurt getragen habe. Auf den Lichtbildern des ... (act. II 41/1-5, 42/1-5) sowie des ... (act. II 190/11-16, 190/20-23) ist ersichtlich, dass die Kollision mit geringer Überdeckung erfolgte und beim Fahrzeug des Beschwerdeführers unter anderem das Verbund-Sicherheitsglas der Windschutzscheibe im oberen Bereich auf der Fahrerseite kreisförmig sprang. Die Experten der U._____ gingen davon aus, dass der ... durch

den frontalen Anprall eine Geschwindigkeitsänderung (Δ -V) in Rückwärtsrichtung erfuhr, welche unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereichs von 20-30km/h lag, wobei diese Angaben mangels konkreter Informationen zum Frontschaden des ... mit entsprechender Unsicherheit behaftet seien (act. IIA 213/4). Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2016, 8C_425/2016, E. 4.3.3 mit Hinweisen). Soweit der Beschwerdeführer für eine Qualifikation des Ereignisses als schwerer Unfall plädiert (Beschwerde S. 6 Ziff. IV Ziff. 3; Replik S. 3 Ziff. II Ziff. 5) ist ihm nicht zu folgen. Selbst wenn aufgrund seiner Angaben sowie der gesprungenen Windschutzscheibe davon ausgegangen wird, dass er nicht angegurtet war und den Kopf an der Frontscheibe kontusionierte, wäre das Ereignis mit Blick auf die Kasuistik (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 65 ff.) höchstens als mittelschwer im engeren Sinne einzuordnen. Bei der gegebenen Unfallschwere könnte die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien in einfacher Form erfüllt wären oder eines besonders ausgeprägt vorläge (vgl. E. 3.3.3 hiervor).

5.1.1 Dem Unfallereignis vom 20. Mai 2015 muss bei objektiver Betrachtung eine besondere Eindrücklichkeit abgesprochen werden, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Januar 2016, 8C_568/2015, E. 3.5). Besonders dramatische Begleitumstände sind ebenfalls nicht auszumachen und wurden auch nur in deutlich gravierenderen Fällen bejaht (vgl. Rechtsprechungsübersicht im Entscheid des BGer vom 6. November 2012, 8C_398/2012, E. 6.1.1). Das entsprechende Adäquanzkriterium ist nicht erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Weise.

5.1.2 Der Beschwerdeführer hat sich beim Auffahrunfall als einzige somatische Verletzung höchstens eine «Beule» am Kopf (act. II 48/8, 54/8) zugezogen (wobei auf den undatierten Fotos weder ein Hämatom noch eine Schwellung erkennbar ist [act. II 41/8, 41/10, 42/8, 42/10]). Eine solche «Beule» durch den Kopfaufprall an der A-Säule oder Windschutzscheibe stellt keine schwere oder besondere Verletzung dar (vgl. Entscheid des

BGer vom 21. Dezember 2012, 8C_727/2012, E. 3.3). Das entsprechende Kriterium wäre selbst dann nicht zu bejahen, wenn die Schulterbeschwerden und Bandscheibenveränderungen auf den Unfall zurückzuführen wären. Es wurde höchstrichterlich beispielsweise auch bei einer Fraktur eines Halswirbels, Distorsion des linken oberen Sprunggelenks sowie Kontusion der linken Schulter verneint (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Juli 2007, U 88/06, E. 7.2.2); ebenso bei einer Beckenringfraktur mit oberer und unterer Schambeinfraktur samt gleichzeitiger Thorax- bzw. BWS-Fraktur (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 16. Januar 2006, U 36/05, lit. A bzw. E. 3.4).

5.1.3 Eine ungewöhnlich lange ärztliche Behandlung fand nicht statt. Der Beschwerdeführer wurde am Tag nach dem Unfall im Spital D._____ ambulant untersucht, wobei die Ärzte Bedarfsanalgesie verordneten (act. IIA 336/2 f.). Bis zum Erreichen des medizinischen Endzustandes konzentrierte sich die Behandlung auf die psychische Problematik. Es wurden zwar noch verschiedene Beschwerdesymptome apparativ, bildgebend oder labortechnisch näher abgeklärt (act. II 62/3 f., 68/2, 118/5 f.; act. IIA 271/10, 271/19 f., 271/37, 326), es fanden indes weder invasive Eingriffe noch eigentliche ärztliche Behandlungen von somatischen Gesundheitsschäden statt, der Beschwerdeführer nahm höchstens noch Physiotherapie in Anspruch (act. IIA 215).

5.1.4 Körperliche Dauerschmerzen sind nicht ausgewiesen. Initial klagte der Beschwerdeführer über muskuläre Schmerzen im Gesässbereich und der Leiste beidseits (act. II 28/1). Gemäss Dr. med. G._____ verschwanden die Schmerzen und das Blockadegefühl in der gesamten rechten Körperhälfte bereits nach einem Monat (act. II 68/1) und med. pract. E._____ beschrieb die unfallbedingten Beschwerden im November 2015 als regredient (act. II 62/2). Zwar sollen im Januar 2017 noch BWS-Schmerzen persistiert haben (act. IIA 215), eine somatische Ursache fand sich hierfür aber offensichtlich nicht. Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist bei dieser Ausgangslage nicht erfüllt.

5.1.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ist nicht aktenkundig und wurde auch nicht geltend ge-

macht. Ein schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen ist ebenso wenig ausgewiesen.

5.1.6 Die erstkonsultierten Ärzte des Spitals D. _____ bescheinigten für vier Tage eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Unfallschein wurde daraufhin fast durchgehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 16, 23, 24/2, 32, 65, 78/2, 84/3, 94, 103, 113, 133/2, 159/2, 180/2, 181; act. IIA 200/2, 208, 210/2, 214/2, 225/2, 240/2, 252/2, 256/2; act. I 12). Diese Arbeitsunfähigkeiten wurden jedoch offensichtlich hauptsächlich aus psychischen Gründen oder allenfalls im Zusammenhang mit den hier nicht Streitgegenstand bildenden früheren Unfällen (vgl. E. 1.2 hiervor) angenommen. So räumte Dr. med. H. _____ beispielsweise ein, dass er allein deshalb von einer Arbeitsunfähigkeit ausging, weil der Beschwerdeführer mit Krücken sowie schmerzdemonstrierend in die Sprechstunde gekommen sei (act. II 89/2) und med. pract. E. _____ erklärte im November 2015, die unfallbedingten Beschwerden seien nicht mehr ursächlich für die mittlerweile aus anderen Gründen bestehende Arbeitsunfähigkeit (act. II 62/2). Das Kriterium des Grades und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist damit ebenfalls nicht erfüllt.

5.2 Nach dem Gesagten ist vorliegend keines der massgebenden Kriterien erfüllt. Folglich ist die adäquate Unfallkausalität der psychischen Beschwerden zu verneinen. Weil auch keine somatischen Unfallfolgen bestehen, stellte die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zulässigerweise per 31. März 2017 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen zu Recht. Die gegen den Einspracheentscheid vom 24. Juli 2017 (act. IIA 272) erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

6.3 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann einer Partei überdies ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2).

6.3.1 Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (act. I 4). Das Verfahren kann zudem noch gerade nicht als aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung ist zu bejahen. Eine Rechtsschutzversicherung besteht erst seit 1. Mai 2016 (act. I 5; act. IIA 277/2 Ziff. 8; vgl. auch act. IIA 278/2), weshalb es an der entsprechenden Versicherungsdeckung mangelt (vgl. AVB ..., Gesundheitsrechtsschutzversicherung [VVG], gültig ab 2009, Ziff. 3 [abrufbar unter <www.....ch>, Rubrik: Privatkunden/Rechtsschutz/Gesundheitsrechtsschutz/Downloads/Vertragsbedingungen), was die Beschwerdegegnerin mit der am 19. September 2017 bewilligten unentgeltlichen Verteidigung für das Einspracheverfahren anerkannt hat (act. IIA 280). Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwältin B._____ ist demnach gutzuheissen. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwältin B._____.

6.3.2 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m.

Art. 1 der kantonalen Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 2. April 2018 macht die gemäss UID-Register (vgl. <www.uid.admin.ch>) nicht mehrwertsteuerpflichtige Rechtsanwältin B._____ einen Zeitaufwand von 15.55 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 3'887.50, zuzüglich Auslagen von Fr. 106.60, total Fr. 3'994.10, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 3'994.10 festgesetzt. Davon ist Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 3'110.-- (15.55 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 106.60, total somit eine Entschädigung von Fr. 3'216.60, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (vgl. Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'994.10 (inkl. Auslagen) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'216.60 festgesetzte

Entschädigung (inkl. Auslagen) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- Suva
- Bundesamt für Gesundheit
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.