

200 18 347 UV
FUE/SCC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Dezember 2018

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Fürsprecher und Notar B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
Direktion Bern, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 4. April 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), seit dem 1. Januar 2016 mit einem Pensum von 100 % für die C. _____ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, erlitt laut Unfallmeldung UVG vom 23. Mai 2016 am 30. April 2016 bei einem Verkehrsunfall ein Schleudert trauma (Dossier der Mobiliar, act. II 1/1). Die Mobiliar erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggeld: vgl. act. II 1/32; Heilbehandlung: vgl. u.a. act. II 1/86, 1/124). Nachdem die Mobiliar den Sachverhalt in medizinischer und erwerblicher Hinsicht abgeklärt hatte, stellte sie mit Verfügung vom 29. September 2017 die UVG-Leistungen per 30. September 2017 ein (act. II 1/153). Die hiergegen am 30. Oktober 2017 vom Versicherten, vertreten durch Fürsprecher B. _____, erhobene Einsprache (act. II 1/172) wies die Mobiliar mit Entscheid vom 4. April 2018 ab (act. II 1/181 ff.).

B.

Am 7. Mai 2018 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt, der Einspracheentscheid vom 4. April 2018 sei aufzuheben und es seien ihm rückwirkend ab dem 1. Oktober 2017 bis zum Erreichen des Endzustandes weitere Taggelder in gerichtlich zu bestimmender Höhe und ab Erreichen des Endzustandes eine Invalidenrente in gerichtlich zu bestimmender Höhe auszurichten. Ferner seien sämtliche Kosten für die Heilbehandlungen zu bezahlen und eine angemessene Integritätsentschädigung auszurichten. Eventualiter habe die Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Gleichzeitig stellte der Versicherte ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung des Unterzeichneten als amtlichen Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 30. Mai 2018 reichte der Versicherte eine Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben sowie die Angaben zum Vermögen und die notwendigen Unterlagen ein.

Mit Verfügung vom 31. Mai 2018 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlichen Anwalt ab.

Am 18. September 2018 reichte die Mobiliar eine Kopie der Verfügung der IV-Stelle Bern (IVB) vom 10. September 2018 ein, wonach das Leistungsbegehren des Versicherten abgelehnt worden war (act. IIA 1).

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 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 der Mobiliar vom 4. April 2018 (act. 1/181 ff.). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund des Ereignisses vom 30. April 2016 über den 30. September 2017 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderungen vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG).

2.3 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).

2.4

2.4.1 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).

2.4.2 Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; Entscheid des BGer vom 14. Juni 2017, 8C_833/2016, E. 5.2).

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

2.5 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn

entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

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

2.7 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Es ist unter den Parteien unbestritten und aufgrund der Akten erstellt, dass der Beschwerdeführer am 30. April 2016 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat. Mit Blick auf die umstrittene Leistungseinstellung per 30. September 2017 ist nachfolgend zu prüfen, ob die anhaltend geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 30. April 2016 stehen.

3.2 Den Akten ist aus medizinischer und unfallanalytischer Sicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Nach der Erstbehandlung am 1. Mai 2016 diagnostizierten die Ärzte des Spitals H._____ ein HWS-Schleudertrauma nach Auffahrunfall (act. II 1/14). Als klinische Befunde erwähnten sie, dass die Hirnnerven und die periphere Neurologie unauffällig seien, keine Druckdolenz über der HWS bestehe und die HWS-Beweglichkeit nicht eingeschränkt sei. Der muskuläre Hartspann paravertebral sei links grösser als rechts; es bestehe ein Hartspann des Sternokleidomastoideus rechts (act. II 1/20). Anlässlich einer Konsultation am 17. Mai 2016 ergänzten die Ärzte des Spitals H._____, der Patient melde sich wegen depressiver Symptomatik/Antriebslosigkeit beim Hausarzt (act. II 1/21).

3.2.2 Im Arzteugnis vom 3. Juni 2016 diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Angiologie, ein HWS-Schleudertrauma nach Auffahrunfall am 30. April 2016 und erwähnte als Befund Schmerzen im Scapulabereich, im Bereich der HWS und Kopfschmerzen (act. II 1/5). Im Bericht vom 21. Juni 2016 nannte der Hausarzt als Befunde eine deutliche depressive Verstimmung und eine Druckdolenz der paravertebralen Muskulatur HWS und LWS. Unter körperlicher Schonung gehe es dem Patienten eher besser, zudem erwarte der Hausarzt eine Verbesserung der Schmerzen durch die antidepressive Behandlung. Der Patient sei in Sorge um seinen Arbeitsplatz und grundsätzlich arbeitswillig. Er gehe deshalb von einer allmählichen Besserung mit Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit aus (act. II 1/22).

3.2.3 Im unfallanalytischen Kurzgutachten vom 19. August 2016 wurde ausgeführt, die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs des Beschwerdeführers habe zwischen 11,7 und 16 km/h bzw. etwas tiefer (bis zu 2 km/h) gelegen, falls das Fahrzeug des Beschwerdeführers bzw. beide Fahrzeuge in der Kollisionsphase gebremst gewesen sei/seien, es könne also von einem Mittelwert von ca. 14 km/h ausgegangen werden (act. II 2 S. 5).

3.2.4 Zum Röntgenbefund vom 20. Oktober 2016 hielt Dr. med. E._____, Facharzt für Neuroradiologie und Radiologie, im Bericht vom 20. Februar 2017 fest, es lägen keine Hinweise auf eine Fraktur der Wirbelkörper oder Wirbelanhangsbilde vor. Es bestehe eine leichtgradige Osteochondrose L4/5 und L5/S1 sowie eine leichtgradige Spondylarthrose der distalen LWS. Das ISG sei scharf begrenzt. Es gäbe keine Hinweise auf eine entzündliche Affektion oder relevante Arthrose (act. II 1/85).

3.2.5 Am 28. Oktober 2016 diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt Innere Medizin und Rheumatologie, ein Thorako- und vor allem Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Heckauffahrkollision am 30. April 2016 und leichten degenerativen Veränderungen L4-S1 (Röntgen LWS ap/seitlich am 20. Oktober 2016), einen Verdacht auf reaktive Depression und eine chronische Prostatap epididymitis rechts (Status nach wiederholten antibiotischen Therapien). Im Röntgen seien keine posttraumatischen Veränderungen festgestellt worden. Klinisch im Vordergrund stünden die Zei-

chen einer Überlastung des lumbosakralen Übergangs, die den an sich arbeitswilligen Patienten bei seiner Arbeit als relevant einschränke. Der Patient klage seit der Heckauffahrkollision über vermehrte frontale Kopfschmerzen, aber nicht über relevante Nackenschmerzen. Es lägen keine Hinweise für ein radikuläres Kompressionssyndrom vor (act. II 1/48).

3.2.6 Im Aktenbericht vom 3. November 2016 hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie, Manuelle Medizin (SAMM), fest, objektiv sei es zu einer Heckauffahrkollision gekommen. Sich dabei auf die HWS auswirkende translatorische Kräfte könnten mit der errechneten Delta-v kaum aufgetreten sein, zumal die HWS-Beweglichkeit am Tag nach dem Unfall noch frei gewesen sei. Postuliere man muskuläre Mikrofaserrisse, so resorbierten sich diese rasch und es komme organisch-strukturell zu einer Restitutio ad integrum. Dass sich der Beschwerdeführer schmerzbedingt schone, sei knapp nachvollziehbar; muskuläre Dysbalancen könnten entstehen, die physiotherapeutisch behandelt aber reversibel seien, so dass der Beschwerdeführer an sich heute, sechs Monate nach dem Ereignis, schmerzfrei sein sollte. Es sei zudem nicht klar, warum er sich erst verzögert physiotherapeutisch habe behandeln lassen. Nicht erklärbar sei, dass der Beschwerdeführer dauerhaft Kopfschmerzen habe, die zudem frontal bestünden. Man könne davon ausgehen, dass es nicht zu einer Schädigung der oberen HWS mit Einbezug der Kopfgelenke gekommen sei. Es sei auch nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer über Rückenschmerzen klage. Beim Heckauffahrungunfall sei das Fahrzeug nach vorne geschoben worden, der Insasse werde dabei in das Polster gedrückt. Lumbale Rückenbeschwerden seien in der Regel nach Heckauffahrkollisionen nicht begründbar und wiesen auf eine Fehlverarbeitung hin (act. II 1/175).

3.2.7 Im Rahmen einer Hospitalisation vom 1. bis 3. März 2017 diagnostizierten die Ärzte des Spitals H._____, ein chronisches Thorako- und Lumbovertebralsyndrom nach Auffahrkollision am 30. April 2016. Anamnestisch würden lumbovertebrale Schmerzen ohne Ausstrahlung sowie Nuchalgien angegeben, welche durch Belastung zunehmen würden und insbesondere gegen Abend exazerbierten. Klinisch imponierten ausgeprägte myofasziale Befunde bei paravertebraler Druckdolenz, insbesondere

nuchal, interskapulär und im LWS Bereich. Bisher seien insgesamt 15x Physiotherapie-Sitzungen bis Dezember 2016 unimodal durchgeführt worden, daneben habe der Patient auch Heimübungen selbstständig ausgeübt, was jedoch keine Besserung gebracht habe (act. II 1/117).

3.2.8 Der Psychiater Dr. med. I. _____ und lic. phil. J. _____ diagnostizierten im Bericht vom 28. März 2017 eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2). Es seien zwei Psychotherapiesitzungen durchgeführt worden und es bestehe keine Medikation von psychiatrischer Seite her. Der Patient habe nach zwei Sitzungen entschieden, nicht mehr zu kommen (act. II 1/100).

3.2.9 Nach einem ambulanten muskuloskelettalen Rehabilitationsprogramm vom 15. Mai bis 4. August 2017 hielten die Ärzte des Spitals H. _____, im Bericht vom 5. September 2017 fest, die Arbeitsfähigkeit habe sukzessive gesteigert werden können und es werde von einer weiteren Steigerung ausgegangen, vermutlich würden bis zum Erreichen einer längerfristigen 100 %igen Arbeitsfähigkeit noch drei bis vier Monate nötig sein. Ob dies sicher erreicht werden könne, könnten sie nicht vorhersagen (act. II 1/143). Im Bericht vom 26. Oktober 2017 erwähnte Prof. Dr. med. K. _____, Spital H. _____, als Befunde ausgeprägte myofasziale Befunde paravertebral, nuchal und interscapular sowie lumbal. Der Patient habe von der BAI Rehabilitation sehr gut profitieren können, das Schmerzniveau sei am Ende des Programms gesunken, die Coping-Strategien seien deutlich verbessert. Es seien keine Vorzustände dokumentiert. Durch eine weiterführende MTT unter Anleitung eines Physiotherapeuten während drei Monaten (2x/Woche) könnte noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden (act. II 1/168).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4

3.4.1 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).

3.4.2 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.5

3.5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. April 2018 (act. II 1/181 ff.) auf den Bericht von Dr. med. G. _____ vom 3. November 2016 (act. II 1/175 ff.). Dieser erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis (E. 3.4.1 hiervor). Allein der Umstand, dass Dr. med. G. _____ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte, vermag den Bericht nicht in Zweifel zu ziehen. Die Akten ergaben ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status. Es lag zudem ein unfallanalytisches Kurzgutachten vom 19. August 2016 vor (act. II 2), wobei entgegen der

Beschwerde (S. 9 Ziff. 9) kein Anlass besteht, nicht vom errechneten Delta-v von 14 km/h auszugehen. Der Beschwerdeführer benennt denn auch keine Gesichtspunkte, welche gegen die vom Unfallanalytiker geschätzte kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung sprechen; das subjektive Empfinden (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 9) allein genügt nicht, um Zweifel an der Einschätzung des Experten zu wecken. Auch dass die Ehefrau des Beschwerdeführers (Beifahrerin) noch unter „starken Beschwerden“ leide und zu 100 % arbeitsunfähig sei, begründet keine Zweifel am unfallanalytischen Gutachten, zumal keine organisch nachweisbaren unfallkausalen Beschwerden geltend gemacht werden, die sich mit dem Delta-v von 14 km/h nicht vereinbaren liessen. Insgesamt konnte sich Dr. med. G._____ aufgrund der medizinischen Unterlagen ein lückenloses Bild machen (E. 3.4.2 hiervor). Mit anderen Worten lag ein feststehender medizinischer Sachverhalt vor, bei dem die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. Oktober 2015, 9C_610/2015, E. 3.1). Der medizinische Sachverhalt ist vorliegend genügend abgeklärt: Dr. med. G._____ hielt zwar im Aktenbericht aufgrund des protrahierten Verlaufs die Durchführung eines MRI für angezeigt. Jedoch erwartete er nicht, dass ein unfallbedingter Schaden zutage käme, weil dies aufgrund des Delta-v nicht erwartet werden könne (act. II 1/175). Keiner der behandelnden Ärzte – weder die erstbehandelnden Ärzte des Spitals H._____ (act. II 1/20, 1/21), noch der Hausarzt Dr. med. D._____ (act. II 1/22, 1/213) oder der Rheumatologe Dr. med. F._____ (act. II 1/48) oder die Ärzte des Reha-Programms des Spitals H._____ (act. II 1/168, 1/218 f.) – sahen sich veranlasst, weitere (bildgebende) Abklärungen (insb. kein MRI) anzunordnen. Die durchgeführten radiologischen Abklärungen ergaben denn auch lediglich Hinweise für eine leichte degenerative Veränderung (leichtgradige Osteochondrose L4/5 und L5/S1 sowie eine leichtgradige Spondylarthrose der distalen LWS; act. II 1/85, vgl. auch act. II 1/48). Klinisch wurden paravertebrale Verspannungen festgestellt und der Beschwerdeführer beklagte Schmerzen im Bereich Thorax und vor allem der Lendenwirbelsäule (act. II 1/48 S. 1). Diesbezüglich überzeugt die Einschätzung des Dr. med. G._____, dass lumbale Beschwerden in der Regel nach Heckauffahrunfällen nicht begründbar seien und auf eine Fehlverarbeitung hinwiesen (act. II 1/175), erleidet die LWS dabei doch keinen Peitschen-

hiebmechanismus oder eine stauchende Einwirkung, vielmehr wird die Rückenpartie in das Sitzpolster gedrückt. Posttraumatische Veränderungen der LWS konnten mittels der Röntgenbilder der LWS vom 20. Oktober 2016 (act. II 1/48 S. 1 und 2, act. II 1/85) denn auch ausgeschlossen werden. Aufgrund der Aktenlage ist somit eine stattgehabte ossäre bzw. strukturelle Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Entgegen dem Beschwerdeführer (Beschwerde S. 9 Ziff. 8) handelt es sich bei dem chronischen Thorako- und Lumbovertebralsyndrom nicht um „eine organisch ausgewiesene Unfallfolge“, ebenso wenig bilden die festgestellten Verspannungen und Druckdolenzen ein organisches Substrat, das eine anhaltende Verletzung und die persistierenden bzw. wiederkehrenden Beschwerden zu erklären vermöchte; der klinisch festgestellte Muskelhartspann (act. II 1/20 S. 1) und die (erst später aufgetretene) Druckdolenz (act. II 1/21 S. 1) sind als Teil des Schmerzsyndroms zu sehen und können nicht im Sinne eines organischen Befundes als körperliche Ursache desselben gelten (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. August 2008, 8C_311/2007, E. 4.3.1; vgl. auch Entscheid des BGer vom 26. November 2008, 8C_744/2008, E. 4).

3.5.2 Dem Einwand des Beschwerdeführers – unter Verweis auf den Bericht des Prof. Dr. med. K. _____ vom 26. Oktober 2017 (act. II 1/168) –, der Endzustand (status quo sine vel ante) sei noch nicht erreicht (Beschwerde S. 10 Ziff. 10), kann nicht gefolgt werden: Eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch Fortsetzung der ärztlichen Behandlung war – mehr als ein Jahr nach dem Unfall und nachdem ein dreimonatiges Rehabilitationsprogramm durch ein interdisziplinäres Team (act. II 1/143) zwar ein Sinken des Schmerznieaus, jedoch keinen vollständigen Erfolg zu erzielen vermochte – nicht zu erwarten. Die Beurteilung von Prof. Dr. med. K. _____ (act. II 1/168), welcher mit einer Besserung der Beschwerden rechnete nach einer MTT von drei Monaten, ändert daran nichts, denn er ging laut Bericht vom 26. Oktober 2017 davon aus, dass keine Vorzustände dokumentiert seien (act. 1/168 S. 1), wogegen der Rheumatologe bereits im Bericht vom 28. Oktober 2016 leichte degenerative Veränderungen der LWS erwähnt hatte (act. 1/48 S. 2); in der Folge beruht die Einschätzung des Prof. Dr. med. K. _____ auf nicht vollständiger Aktenkenntnis und vermag nicht

zu überzeugen. Auch Dr. med. L. _____ ging – gemäss Protokoll der IVB vom 2. August 2017 – nach Beendigung des Reha-Programms davon aus, dass der aktuelle Zustand wohl dem Endzustand gleichkomme und eine Steigerung augenblicklich nicht mehr möglich sowie nach der Reha „keine grossen Sprünge“ der Verbesserung zu erwarten seien (act. II 1/179). Es war somit im Zeitpunkt des Fallabschlusses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Verbesserung der noch geltend gemachten Beschwerden – soweit es sich nicht ohnehin um unfallfremde degenerative Befunde handelt, welche hier nicht zu berücksichtigen sind – mittels weiterer ärztlicher Behandlungen bzw. mit MTT durch Physiotherapeuten (soweit sie vom Beschwerdeführer überhaupt durchgeführt wird [vgl. II 3]) zu erwarten (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 3 f. S. 112 ff.). Damit hat die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss zu Recht (E. 2.6 hiervor) vorgenommen.

3.5.3 Ein organisch pathologischer Befund bzw. ein unfallbedingtes organisches Substrat konnte – wie erwähnt – nicht erhoben werden. Soweit der Beschwerdeführer einen Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung dadurch begründet, dass er vor dem Unfall weder an Rückenbeschwerden noch an Kopfschmerzen gelitten habe, kann ihm nicht gefolgt werden; denn eine gesundheitliche Schädigung gilt nicht schon dann als durch einen Unfall verursacht, wenn sie nach diesem aufgetreten ist („post hoc, ergo propter hoc“; vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Die Angabe einer früheren völligen Beschwerdefreiheit überzeugt denn auch nicht, werden doch anamnestisch lumbale Rückenbeschwerden (ca. 2011) erwähnt, welche damals auf Physiotherapie gut angesprochen hätten (act. II 1/48 S. 1). Im Oktober 2016 wurden die Beschwerden als bewegungs- und belastungsabhängige lumbale Rückenschmerzen und frontale Kopfschmerzen beschrieben (act. II 1/48 S. 1); strukturelle Läsionen, die auf das Ereignis vom 30. April 2016 zurückzuführen waren, wurden jedoch nicht festgestellt (act. II 1/20, 1/21). Es ist auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer richtungsgebenden, dauerhaften Verschlimmerung (der leichten degenerativen Veränderungen der LWS [vgl. act. 1/48 S. 2]), sondern (wenn überhaupt) allein von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen.

3.5.4 Ob die weiterhin vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden, diagnostiziert als chronisches Thorako- und Lumbovertebralsyndrom (vgl. act. II 1/168), in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 30. April 2016 stehen oder nicht, kann offen bleiben, denn eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin scheitert jedenfalls – wie nachfolgend dargelegt wird – an der fehlenden Adäquanz des Kausalzusammenhangs (vgl. auch E. 2.4.2 hiavor).

4.

4.1 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 2017 UV Nr. 8 S. 29 E. 5.1) – 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 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 6.1). 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).

Der Katalog der – abschliessend aufgezählten (BGE 134 V 109 E. 10.2 S. 127) – adäquanzrelevanten Kriterien lautet (BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130; Entscheid des BGer vom 14. Juni 2017, 8C_833/2016, E. 6.1):

- 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.

4.2 Vorliegend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nach dem Ereignis vom 30. April 2016 (zumindest teilweise) an Beeinträchtigungen (Druckdolenz über der HWS und Kopfschmerzen) litt, die dem typischen Beschwerdebild nach einem HWS-Schleudertrauma entsprechen (act. II 1/14), weshalb der adäquate Kausalzusammenhang anhand der entsprechenden Rechtsprechung zu beurteilen ist.

Gemäss der Unfallmeldung vom 23. Mai 2016 kam es am 30. April 2016 zu einer Heckkollision bei einem Bremsmanöver (act. II 1/1), der Beschwerdeführer bremste sein Fahrzeug ab, der nachfolgende Fahrzeugführer reagierte zu spät und fuhr in der Folge ins Fahrzeug des Beschwerdeführers auf. Infolge der Kollision bewegten sich der Beschwerdeführer und seine Begleiterin in einem Winkel von ca. 0 % (zur Fahrzeuglängsachse) nach hinten. Die beim Aufprall entstandene Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) lag bei 14 km/h (unfallanalytisches Kurzgutachten vom 19. August 2016 [act. II 2]), weshalb das Ereignis als leichter bis mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu bewerten ist, ist doch das höchste Gericht bereits bei höheren Werten schon von mittelschweren, an der Grenze zu den leichten Unfällen liegenden Ereignissen ausgegangen (Entscheid des BGer vom 29. Juni 2010, 8C_321/2010, E. 5.1). Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 9 Ziff. 9) besteht – wie erwähnt (vgl. E. 3.5.1 hiervor) – kein Anlass, am Beweiswert des unfallanalytischen Gutachtens zu zweifeln, weshalb vom berechneten Delta-v von 14 km/h auszugehen ist (act. II 2 S. 5). Die Heckkollision war weder besonders eindrücklich oder spektakulär noch lagen besonders dramatische Begleitumstände vor. Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls wird objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Befindens beurteilt (Entscheid des BGer vom 31. Januar 2013, 8C_836/2012, E. 4.3.3). Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist nicht erfüllt. Organische Läsionen, die die anhaltenden Beschwerden zu begründen vermöchten, liegen keine vor; der Verdacht auf eine entstandene Depression (vgl. act. II 1/22 S. 2) wurde nicht bestätigt (act. II 1/100). Beim Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung bis zum Fallabschluss sind Abklärungsmassnahmen nicht zu berücksichtigen (vgl. Entscheid des BGer vom 4. November 2016, 8C_616/2016, E. 8), weshalb auch dieses Kriterium nicht erfüllt ist; es wurden denn anfänglich auch lediglich Medikamente verschrieben und später vor allem Physiotherapie sowie ein umfassendes dreimonatiges ambulantes Reha-Programm durchgeführt (act. II 1/20 S. 2, 1/21 S. 2, 1/48, S. 2, 1/143). Der Heilungsverlauf war, wenn auch bei protrahiertem Verlauf, nicht schwierig. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Kompl-

kationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5). Nicht darunter fallen etwa die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien wie auch die Tatsache, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3). Es liegen hier keine besonderen Umstände vor. Der Beschwerdeführer beklagt zwar weiterhin Schmerzen thorakolumbal, welche mechanisch bedingt verstärkt würden, das Schmerzniveau war jedoch bereits nach dem Reha-Programm tiefer (act. II 1/143). Im Übrigen konnte der Beschwerdeführer danach sogar eine längere Ferienreise (.....) absolvieren (vgl. act. II 1/63 S. 3, 1/143 S. 2). Eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit liegt nicht vor (vgl. act. II 1/168 S. 2; act. II 3). Es ist somit weder ein Kriterium in besonders ausgeprägter Weise noch sind vier Kriterien erfüllt (vgl. E. 4.1 hiavor). Die adäquate Unfallkausalität der weiterhin geklagten Beschwerden ist damit zu verneinen.

4.3 Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen per 30. September 2017 einstellte bzw. einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen (Taggelder, Rente, Integritätsentschädigung) verneinte. Der angefochtene Einspracheentscheid der Mobiliar vom 4. April 2018 (act. II 1/181 ff.) ist somit korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher und Notar B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
 - 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.