

200 18 529 UV
FUE/GET/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. Januar 2019

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 18. Juni 2018



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit Dezember 2011 bei der C._____ AG als ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Akten der Suva [act. II] 1; 26 S. 12; [IIA] 197 S. 2), als am ... 2016 ein nachfolgendes Fahrzeug ins Heck des von ihm gelenkten Autos prallte (act. II 8 S. 1; 26 S. 5). Gleichentags begab sich der Versicherte ins Spital D._____, wo ein „HWS-Beschleunigungstrauma“ diagnostiziert wurde (act. II 18). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht, indem sie für die Heilungskosten aufkam und Taggelder ausrichtete (act. II 49). Bei in der Folge ärztlicherseits fortwährend attestierter (teilweiser) Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 106) veranlasste die Suva zwecks Erfassung der „konkreten Einschränkungen und Ressourcen“ (act. II 63 S. 1) ein ambulantes Assessment (Bericht der Rehaklinik E._____ vom 28. April 2017 [act. II 64]), liess durch die F._____ eine Biomechanische Kurzbeurteilung (Triage) erstellen (Bericht vom 31. Mai 2017 [act. II 77]) und nahm eine von Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie, zu Handen des Motorfahrzeughaftpflichtversicherers des Unfallverursachers verfasste „Ärztliche Beurteilung“ vom 9. Oktober 2017 (act. IIA 120) zu den Akten. Nachdem die Suva das medizinische Dossier ihrem Kreisarzt Dr. med. H._____, Facharzt für Chirurgie, zur Beurteilung vorgelegt hatte (Bericht vom 1. Februar 2018 [act. IIA 149]), stellte sie die Versicherungsleistungen per 15. Februar 2018 mit gleichentags erlassener Verfügung (act. IIA 157 S. 1 f.) ein und verneinte mangels adäquatem Kausalzusammenhang den Anspruch auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung. Während die I._____ als zuständiger obligatorischer Krankenversicherer eine dagegen gerichtete (vorsorgliche) Einsprache (act. IIA 161) wieder zurückzog (act. IIA 172), wies die Suva jene des Versicherten (act. IIA 167 S. 1 - 6) mit Entscheid vom 18. Juni 2018 (act. IIA 197) unter Entzug der aufschiebenden Wirkung ab, nachdem sie weitere Berichte behandelnder Ärzte eingeholt und das

Dossier ihrem Kreisarzt Dr. med. H. _____ erneut zur Beurteilung vorgelegt hatte (Bericht vom 18. April 2018 [act. IIA 178]).

B.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, mit Eingabe vom 13. Juli 2018 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Februar 2018 (richtig: der Einspracheentscheid vom 18. Juni 2018) sei vollumfänglich aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien weiterhin Versicherungsleistungen durch die Beschwerdegegnerin auszubezahlen.
2. Der vorliegenden Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu gewähren.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Verfügung vom 16. Juli 2018 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Gewährung der aufschiebenden Wirkung ab.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 Anträ-

gen 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 Angefochten ist der die Verfügung vom 15. Februar 2018 (act. IIA 157 S. 1 f.) bestätigende Einspracheentscheid vom 18. Juni 2018 (act. IIA 197). Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom ... 2016.

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.

Der Beschwerdeführer rügt in formeller Hinsicht, ihm sei in Bezug auf die während des Einspracheverfahrens neu erlangten „Berichte/Abklärungen“ das rechtliche Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) verwehrt worden (Beschwerde, S. 12).

Zwar anerkennt die Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort, S. 9 Ziffer 10.2), dass die fraglichen Berichte (vgl. act. IIA 173; 176; 178; 187; 191) – welche in Bezug auf den kreisärztlichen Bericht vom 1. Februar 2018 (act. IIA 149) bzw. die Verfügung vom 15. Februar 2018 (act. IIA 157 S. 1 f.) keine wesentlichen neuen rechtsrelevanten Gesichtspunkte enthalten – dem Beschwerdeführer nicht vor Erlass des Einspracheentscheids zur Kenntnisnahme zugestellt wurden. Dies ändert jedoch nichts daran, dass dem Beschwerdeführer dessen sachgerechte Anfechtung gleichwohl ohne weiteres möglich war, was er denn auch nicht bestreitet.

Ob hier eine Verletzung des rechtlichen Gehörs erfolgt ist, kann vorliegend offen bleiben, da nach der Rechtsprechung eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten kann, wenn die betroffene Person – wie hier – die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (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). Demnach wäre eine allfällige Gehörsverletzung im vorliegenden Beschwerdeverfahren ohne weiteres geheilt, womit – entsprechend den beschwerdeweise gestellten Rechtsbehelfen – die materielle Begründetheit des angefochtenen Entscheides zu prüfen bleibt.

3.

3.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung 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 – wie vorliegend – 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).

3.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

3.3

3.3.1 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

3.3.2 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 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; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Die Beweislast für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit liegt beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

3.4 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmass-

nahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; Entscheid des BGer vom 17. Juli 2018, 8C_210/2018, E. 3.2.3.1).

3.5

3.5.1 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).

3.5.2 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). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, aber nicht organisch objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz besonders zu prüfen. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hiebei die durch BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 ff. präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 138 V 248 E. 4 S. 251).

3.5.3 Nach der Schleudertrauma-Praxis ist analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen (BGE 115 V 133) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359) – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. 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 (Kriterien), 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).

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; SVR 2017 UV Nr. 41 S. 143 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.

4.1 Es steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom ... 2016, bei dem ein nachfolgendes Fahrzeug ins Heck des vom Beschwerdeführer gelenkten Autos prallte (act. II 8 S. 1; 26 S. 5), wobei er sich ein „HWS-Beschleunigungstrauma“ zuzog (act. II 18), einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt.

4.2 Zum Gesundheitszustand lässt sich den medizinischen Akten im hier massgeblichen Beurteilungszeitraum bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 18. Juni 2018 (act. IIA 197) im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.2.1 Dr. med. J._____, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 23. Januar 2017 (act. II 17) fest, der Beschwerdeführer habe am ... 2016 einen Auffahrunfall mit dem Auto und in diesem Zusammenhang ein Beschleunigungstrauma der HWS (Schleudertrauma) erlitten. Er berichte über typische Beschwerden in diesem Zusammenhang mit Nacken- und Hinterkopfschmerzen, verkraampfter und empfindlicher Nackenmuskulatur, Schwindelbeschwerden bis zur Übelkeit sowie Licht- und Lärmempfindlichkeit. Zudem hätten sich psychovegetative Symptome hinzu ergeben wie ein vermehrtes Schwitzen, ein Klossgefühl im Hals und eine phobische Komponente des Schwindels. In der klinisch-neurologischen Untersuchung finde er vor allem die eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und die druckempfindliche Muskulatur des Nacken- und Schultergürtelbereichs. Es fänden sich aber keine Hinweise auf eine relevante Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems. Auch die geklagten Reizsymptome in den Armen und Füssen könnten in der klinisch neurologischen Untersuchung zurzeit nicht reproduziert werden (S. 2).

Mit weiterem Bericht vom 31. Januar 2017 (act. II 25) hielt Dr. med. J._____ fest, in der ergänzenden MRI-HWS-Untersuchung gebe es keine Hinweise auf eine relevante Neurokompression. Die beschriebene Diskushernie C6/7 links sei nach eigener Durchsicht der Bilder irrelevant.

4.2.2 Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 27. Februar 2017 (act. II 43) im Wesentlichen eine reaktive ängstlich-depressive Anpassungsstörung (ICD-10

F43.2) mit phobisch gefärbten Ängsten, ein craniocervikales Beschleunigungstrauma sowie eine Diskusherniation C6/7 mediolateral links. Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 13. Januar 2017 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung (S. 1). Die Arbeitsfähigkeit sei seit dem Unfall vom ... 2016 stark eingeschränkt; seit dem 1. März 2017 sei er probeweise zu 20% arbeitsfähig geschrieben (S. 2).

4.2.3 Im Bericht der Rehaklinik E. _____ vom 28. April 2017 (act. II 64) zum ambulanten Assessment vom 24. April 2017 wurde im Wesentlichen eine HWS-Distorsion QTF (Quebec Task Force) Grad II diagnostiziert. Der Beschwerdeführer leide an Nackenschmerzen, ständigen Kopfschmerzen (im Tagesverlauf zunehmend), an einer Sensibilitätsstörung im Bereich des linken Arms sowie an Schwindel (S. 1). Beim Assessment habe für aktive und passive Therapiemassnahmen ein mässiger Zugang gefunden werden können. Der Beschwerdeführer habe eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt; die „Minimal Performance“ sei erreicht worden. Anhand der Abklärungsergebnisse werde eine intensiviertere ambulante Therapie empfohlen. Die (ab dem 20. Februar 2017 [vgl. S. 2]) zweimal pro Woche durchgeführte Physiotherapie sollte auf drei Sitzungen pro Woche ausgedehnt und eine medizinische Trainingstherapie mit dem Ziel einer weiteren körperlichen Aktivierung installiert und instruiert werden. Die Fortführung der psychiatrischen Konsultationen sei mindestens genauso wichtig. Ein Grossteil der geklagten Beschwerden sei mit der psychiatrischen Diagnose erklärbar. Dem Beschwerdeführer sei nochmals ausführlich erklärt worden, dass die Diskushernie C6/7 vorbestehend sei und die geklagte Beschwerdeproblematik nicht erkläre (S. 3).

4.2.4 Dr. med. L. _____, Facharzt für Ophthalmologie, hielt im Bericht vom 21. Juni 2017 (act. II 101) fest, der Beschwerdeführer klage seit einigen Tagen über Schatten sehen, insbesondere links und vor allem beim Liegen. Es zeige sich linksbetont eine leichte bis mässige Glaskörperdestruktion; diese sei für die Sehbeschwerden wahrscheinlich nicht verantwortlich. Möglicherweise beständen Zirkulationsstörungen im Gebiet der hinteren Halswirbelsäule bei Status nach Schleudertrauma.

4.2.5 Dr. med. K. _____ diagnostizierte im Bericht vom 3. Juli 2017 (act. II 89) anhaltende reaktive ängstlich-depressive Anpassungsstörungen

bei Status nach HWS-Distorsion und eine posttraumatische Diskusherniation C6/7 mediolateral links. In den vergangenen Monaten sei es langsam zu einer gewissen Zustandsverbesserung gekommen. Der Beschwerdeführer sei seit dem 1. März 2017 zu 20% und seit Mai 2017 zu 40% arbeitsfähig. Eine weitere Erhöhung des Arbeitspensums sei gegenwärtig nach Angaben des Beschwerdeführers wegen starker Schmerzintensivierung nicht möglich (S. 1).

4.2.6 Dr. med. M. _____, Facharzt für Ophthalmologie, Suva Versicherungsmedizin, hielt im Bericht vom 4. September 2017 (act. IIA 111) fest, die beschriebenen geringen Refraktionsfehler und die Glaskörperdestruktion seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom ... 2016 zurückzuführen, da objektivierbare Hinweise für ein direktes Augentrauma fehlten (S. 2).

4.2.7 Im Bericht des Spitals N. _____ vom 14. September 2017 (act. IIA 119) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer stelle sich zur neurologischen Zweitmeinung bei Status nach Heckkollision am ... 2016 vor. Es fänden sich im somatischen Neurostatus keine Auffälligkeiten, insbesondere keine Hinweise für eine spinale oder radikuläre Affektion. Im MRI der HWS von Januar 2017 finde sich ein diskretes Weichteilödem um die Processi spinosi HWK 6 und 7 im Sinne einer möglichen Traumafolge, aber keine sichtbare Affektion des Nervensystems. Zusammenfassend liege eine chronifizierte Schmerzsymptomatik nach HWS-Distorsionstrauma vor. Zudem bestehe sicherlich eine muskuloskelettale Komponente bei eingeschränkter HWS-Beweglichkeit nach links mit lokalem Triggerpunkt rechts paravertebral, welche durch den Unfallmechanismus durchaus erklärbar sei (S. 2).

4.2.8 Im Bericht des Spitals N. _____ vom 4. Oktober 2017 (act. IIA 121 S. 1 - 3) wurde ein Status nach HWS-Schleudertrauma diagnostiziert (S. 1). Die neurootologische Untersuchung zeige ein diskretes peripher vestibuläres Defizit des horizontalen Bogengangs rechts im Tieffrequenzbereich. Die otolithische Funktion sei normal. Aufgrund des zeitlichen Abstands zwischen dem Unfall und der neurootologischen Untersuchung vom September 2017 könne der kausale Zusammenhang zwischen den Befunden und dem Unfall nicht beurteilt werden. Die Symptomatik werde den-

noch als multifaktoriell im Rahmen der Whiplashverletzung interpretiert (S. 2).

4.2.9 Dr. med. G. _____ hielt im Bericht vom 9. Oktober 2017 (act. IIA 120) fest, sowohl aufgrund der fehlenden Krafteinwirkung, der fehlenden Klinik sowie der fehlenden bildgebenden Darstellung einer unfallbedingten Diskushernie ergebe sich eindeutig, dass keine unfallbedingte Bandscheibenherniation bestehe (S. 8). Die sich nach dem Unfall entwickelnden Beschwerden seien umfangreich und komplex und ohne neurologisches und bildgebendes strukturelles Korrelat. Sie umfassten Kopf- und Nackenschmerzen, kognitive Defizite, phobische Attacken, auditive und ophthalmologische Probleme. Diese Symptomenpalette könne nicht annähernd mit der Heckauffahrkollision vom ... 2016 begründet werden. Sowohl im CT wie auch im konventionellen Röntgen und im MRI seien keine unfallbedingten strukturellen Schäden nachgewiesen worden (S. 9). Spätestens sechs Monate nach dem Unfall habe Ende ... 2017 bereits ein Status quo sine bestanden. Unfallbedingte, strukturell begründbare Befunde hätten zu diesem Zeitpunkt nicht mehr bestanden. Im Vordergrund habe eine erhebliche Symptomausweitung gestanden (S. 10).

4.2.10 Der Kreisarzt Dr. med. H. _____ hielt im Bericht vom 1. Februar 2018 (act. IIA 149) fest, das Ereignis vom ... 2016 mit erlittenem HWS-Distorsionstrauma habe den Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung mit zu erwartender Ausheilung innerhalb eines Jahres. Die durchgeführte intensive Therapie habe zu einer Besserung der Symptomatik geführt, die im weiteren Verlauf beschriebenen Beschwerden seien als unfallunabhängig einzustufen. Die Folgen des Unfalls vom ... 2016 seien zum jetzigen Zeitpunkt als abgeheilt zu bewerten. Die jetzt noch beschriebenen schmerzhaften Veränderungen seien Ausdruck der Degeneration der Halswirbelsäule, die anlässlich der Diagnostik festgestellt worden sei. Die weitere unfallbedingte Behandlung sei daher nicht mehr erforderlich (S. 3).

4.2.11 Im Bericht des Spitals N. _____ vom 26. Februar 2018 (act. IIA 176) wurde gestützt auf ein am 22. Februar 2018 (vgl. act. II 173) durchgeführtes MRI der HWS festgehalten, für den Beschwerdeführer bestehe eine frustrierende Situation, da er bereits diverse Therapieansätze inkl. multi-

modaler Schmerztherapie versucht und keine wesentliche Beschwerdelinderung erfahren habe. Leider sei auch von Seiten der Orthopädie kein strukturelles Korrelat ersichtlich, welches die Beschwerden mit Ausstrahlen in die rechte Schulter und in den Arm erklären könne.

4.2.12 Der Kreisarzt Dr. med. H._____ hielt im Bericht vom 18. April 2018 (act. IIA 178) fest, auch die jetzt eingereichten Befunde der aktuellen Diagnostik ergäben keinen Hinweis auf eine unfallbedingte strukturelle Läsion. Die ärztliche Beurteilung vom 30. Januar 2018 habe weiterhin Gültigkeit (S. 2).

4.2.13 Vom ... bis zum ... 2018 war der Beschwerdeführer im Spital N._____ zwecks Evaluation hinsichtlich Qualifikation und Teilnahme am ... Rehabilitationsprogramm hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom ... 2018 (act. IIA 191) wurde im Wesentlichen ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit ausgeprägter vegetativer Begleitsymptomatik diagnostiziert. Der Beschwerdeführer arbeite nur noch 50% (S. 1). In der Beurteilung wurde festgehalten, die bisherigen Interventionen mit lokaler Infiltration und die unimodale intensive Behandlungsstrategie der Physiotherapie seien fehlgeschlagen. Beim Beschwerdeführer sei ein grosses Rehabilitationspotential attestiert und eine Teilnahme am ... Rehabilitationsprogramm empfohlen worden. Ziel sei es, die Arbeitsfähigkeit sicherzustellen, gegebenenfalls zu steigern, und eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen (S. 2).

5.

5.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.2 Soweit der Beschwerdeführer kritisiert, nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung müsse spätestens sechs Monate nach dem Ereignis, welches „das Schleudertrauma ausgelöst“ habe, eine polydisziplinäre Begutachtung stattfinden, was vorliegend nicht erfolgt sei (Beschwerde, S. 5), kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten: Massgebend ist allein, ob sich gestützt auf die im Recht liegenden Akten die massgeblichen Sachverhalts- und Rechtsfragen zuverlässig beurteilen lassen (vgl. E. 5.1 vorne). Dies ist vorliegend der Fall, wurde der Beschwerdeführer doch wiederholt, umfassend und eingehend in verschiedenen fachmedizinischen Bereichen abgeklärt und liegen zahlreiche medizinische Berichte im Recht (vgl. E. 4.2 vorne), die eine schlüssige Gesamtbeurteilung ohne weiteres ermöglichen, weshalb es – in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) – keines umfassenden medizinischen (inter- oder polydisziplinären) Gutachtens bedarf (vgl. Entscheid des BGer vom 13. Juli 2016, 8C_240/2016, E. 5.2).

6.

6.1 Es steht fest und ist unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom ... 2016 eine HWS-Distorsion zuzog (act. II 17 f.; 64 S. 1). Im weiteren Verlauf machte er mannigfache (psychische und somatisch empfundene) Beschwerden geltend (vgl. act. II 89 S. 1). Hierzu bringt der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren vor, diese beruhten „nicht ausnahmslos auf objektivierbaren organischen Substraten“ (S. 12), womit er – anders als noch im Einspracheverfahren (vgl. act. IIA 167 S. 5 Ziffer 8) – zumindest insinuiert, es lägen im Wesentlichen (unfallbedingte) organische Ursachen der geklagten Beschwerden vor.

Nach der Rechtsprechung kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1). Ob eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge in diesem Sinne vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht übli-

chen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Entscheid des BGer vom 18. September 2018, 8C_123/2018, E. 4.1.1).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt: So hielt Dr. med. J. _____ in den Berichten vom 23. und 31. Januar 2017 in neurologischer Hinsicht fest, es fänden sich keine Hinweise auf eine relevante Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems (act. II 17 S. 2) bzw. die bildgebend dargestellte Diskushernie C6/7 links sei „irrelevant“ (act. II 25). Ebenso wurde im Bericht der Rehaklinik E. _____ vom 28. April 2017 (act. II 64) festgehalten, die im MRI der HWS (vgl. act. II 16) beschriebene Diskushernie C6/7 erkläre die geklagte Beschwerdesymptomatik nicht und sei vorbestehend (act. II 64 S. 3). Auch im Bericht des Spitals N. _____ vom 14. September 2017 (vgl. act. IIA 119) hielten die untersuchenden Ärzte fest, es fänden sich im somatischen Neurostatus keine Auffälligkeiten, insbesondere keine Hinweise für eine spinale oder radikuläre Affektion (S. 2). Sodann verneinte Dr. med. G. _____ mit ausführlicher Begründung einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 30. September 2016 und der Diskushernie C6/7 (vgl. act. IIA 120 S. 8). Einzig der Psychiater Dr. med. K. _____ bezeichnete die Diskushernie entgegen diesen schlüssigen fachärztlichen Einschätzungen als posttraumatisch (act. II 89 S. 1), was nach dem Dargelegten jedoch nicht überzeugt.

Sodann ist auch in orthopädischer Hinsicht ein überwiegend wahrscheinlich unfallbedingtes organisches Beschwerdekorrrelat nicht erstellt: Auch wenn im bereits genannten Bericht des Spitals N. _____ vom 14. September 2017 (vgl. act. IIA 119) festgehalten wurde, es bestehe sicherlich eine muskuloskelettale Komponente bei eingeschränkter HWS-Beweglichkeit nach links mit lokalem Triggerpunkt rechts paravertebral, welche durch den Unfallmechanismus durchaus „erklärbar“ sei (S. 2), vermag dies mangels näherer Präzisierung eines allfälligen strukturellen Beschwerdekorrrelats keinen organischen Gesundheitsschaden zu belegen bzw. lassen klinische Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, eine Druckdolenz im Nacken oder eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit nicht auf ein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat des geklagten Beschwerdebildes schliessen (Entscheid des BGer vom 4. Juli

2008, 8C_66/2008, E. 3.4). Im Bericht des Spitals N._____ vom 26. Februar 2018 (act. IIA 176) wurde denn auch festgehalten, es sei kein strukturelles Korrelat ersichtlich, welches die Beschwerden mit Ausstrahlen in die rechte Schulter und in den Arm erklären könnten. Auch Dr. med. G._____ wies darauf hin, dass es an einem bildgebenden Korrelat für die geklagten Beschwerden fehle (act. IIA 120 S. 9). Schliesslich ist weder in ophthalmologischer noch in neurootologischer Hinsicht ein klar fassbares, unfallbedingtes organisches Korrelat der geltend gemachten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich erstellt (vgl. act. IIA 111 S. 2; 121 S. 2).

6.2 Zum natürlichen Kausalzusammenhang (vgl. E. 3.3 vorne) zwischen dem Unfall vom ... 2016 und den geklagten (organisch nicht begründbaren [vgl. E. 6.1 vorne]) Beschwerden hielt Dr. med. G._____ im Bericht vom 9. Oktober 2017 (act. IIA 120) fest, der Status quo sine sei Ende ... 2017 erreicht gewesen (S. 10). Der Kreisarzt Dr. med. H._____ kam im Bericht vom 1. Februar 2018 (act. IIA 149) zum Schluss, das Ereignis vom ... 2016 mit erlittenem HWS-Distorsionstrauma habe den Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung mit zu erwartender Ausheilung innerhalb eines Jahres bzw. die Folgen des Unfalls seien „zum jetzigen Zeitpunkt als abgeheilt zu bewerten“ (S. 3). Diesen – überzeugenden (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4) – Einschätzungen folgend, wäre der natürliche Kausalzusammenhang spätestens ein Jahr nach dem Unfall vom ... 2016 als dahingefallen zu betrachten (vgl. E. 3.3.2 vorne). Die Beschwerdegegnerin liess die Frage nach dem Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs im angefochtenen Einspracheentscheid jedoch offen (vgl. act. IIA 197 E. 3.3 S. 9). Der per 15. Februar 2018 erfolgte Fallabschluss mit einhergehender Leistungseinstellung und gleichzeitiger Verneinung eines weiteren Leistungsanspruchs ist somit nur dann zulässig, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung zum nämlichen Zeitpunkt keine namhafte Besserung mehr zu erwarten war (vgl. E. 3.4 vorne) bzw. der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden zu verneinen ist (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; SVR 2017 UV Nr. 41 S. 143 E. 5.2; Entscheid des BGer vom 9. Juni 2017, 8C_58/2017, E. 4.1). Dies alles trifft – wie nachfolgend zu zeigen ist – vorliegend zu, weshalb die Frage nach dem rechtsgenügenden

Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs keiner abschliessenden Erörterung bedarf.

7.

Der Beschwerdeführer macht geltend, der per 15. Februar 2018 verfügte Fallabschluss (act. IIA 157; vgl. E. 3.4 vorne) sei verfrüht erfolgt (Beschwerde, S. 4 f. Ziffern 4 ff.; S. 10 f. Ziffer 11).

7.1 Die Prüfung der Adäquanz ist bei Anwendung der Schleudertraumapraxis (vgl. E. 8.1 hinten) zu dem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf das Schleudertrauma-Beschwerdebild – dessen psychische und physische Komponenten nicht leicht zu differenzieren sind – gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten ist (vgl. Entscheid des BGer vom 5. September 2017, 8C_303/2017, E. 6.1). Eine allfällige blosser Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht (Entscheid des BGer vom 22. September 2016, 8C_306/2016, E. 5.3).

7.2 Die von der Rechtsprechung geforderte prospektive Betrachtungsweise (vgl. E. 3.4 vorne) hat gestützt auf die Verhältnisse im Zeitpunkt des Fallabschlusses Platz zu greifen (Entscheid des BGer vom 11. Dezember 2017, 8C_83/2017, E. 4.3). Zu prüfen ist damit vorliegend, ob per 15. Februar 2018 noch im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG Erfolg versprechende ärztliche Behandlungen in Betracht fielen, welche eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwarten lassen konnten. Dies ist zu verneinen:

Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer die seit dem Unfall vom ... 2016 geklagten Beschwerden medikamentös sowie schmerztherapeutisch (in Form von Physio- und medizinischer Trainingstherapie ([vgl. act. IIA 167 S. 9]), aber auch ambulant psychiatrisch (act. II 89 S. 1) behandelte bzw. behandeln liess. Die Arbeitsfähigkeit konnte seit dem Unfall vom ... 2016 im Verlauf von 0% ab 1. März 2017 auf 20% (act. II 39; 43 S. 2), ab 28. Mai 2017 auf 40% (act. II 74 f.) und ab dem 15. August 2017

auf 50% (act. II 106) gesteigert werden. Vom 9. bis am 17. September 2017 wurde erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, ab dem 18. September 2017 eine 40%ige (act. IIA 118 S. 3) und ab dem 3. Oktober 2017 wiederum eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (act. IIA 141 S. 2). In der Folge konnte eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr erreicht werden (vgl. act. IIA 148; 150 S. 2; 167 S. 14; 191 S. 1), obgleich weitere therapeutische Massnahmen (Einsatz eines TENS-Gerätes, Infiltrationen [vgl. act. IIA 167 S. 10]) durchgeführt wurden. Im Bericht des Spitals N. _____ vom 6. Februar 2018 (act. IIA 167 S. 11 f.) wurde festgehalten, die Schmerzsymptomatik habe durch die therapeutischen Massnahmen „relativ gut gelindert“ werden können, sogar mit einer anhaltenden Wirkung. Dennoch sei der Beschwerdeführer bei der Arbeit weiterhin jeweils gegen Mittag dermassen erschöpft, dass er eine Ruhepause brauche.

Demnach brachten die weiterhin (und zusätzlich) durchgeführten Behandlungen zwar eine gewisse Verbesserung der Befindlichkeit im Sinne einer Linderung der Beschwerden, was jedoch nicht genügt, um von einer namhaften Besserung auszugehen (vgl. E. 7.1 vorne). Wenn die Beschwerdegegnerin deshalb – der überzeugenden Einschätzung ihres Kreisarztes Dr. med. H. _____ folgend, wonach eine weitere unfallbedingte Behandlung nicht mehr erforderlich sei (act. IIA 149 S. 3) – den Fall per 15. Februar 2018 abschloss, ist dies nicht zu beanstanden, liessen weitere Behandlungen eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit doch nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwarten. Die damalige Einschätzung wird im Übrigen auch durch die spätere Feststellung im Austrittsbericht des Spitals N. _____ vom 17. Mai 2018 (act. IIA 191), wonach die „bisherigen“ Interventionen mit lokaler Infiltration und die unimodale intensive Behandlungsstrategie der Physiotherapie fehlgeschlagen seien (S. 2), rückblickend bestätigt.

7.3 Was der Beschwerdeführer gegen den per 15. Februar 2018 verfügten Fallabschluss vorbringt, dringt nicht durch: Wie in E. 7.2 hiavor dargelegt, trifft es zwar zu, dass die durchgeführten Behandlungen anfänglich eine Besserung der Beschwerdesymptomatik und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit mit sich brachten. Ab Oktober 2017 konnte jedoch keine weitere namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes (im Sinne einer

Steigerung der Arbeitsfähigkeit) mehr erzielt werden, weshalb es keinen Widerspruch darstellt, wenn die Beschwerdegegnerin einerseits eine therapiebedingte Besserung anerkannte, andererseits jedoch von weiteren medizinischen Massnahmen keine positiven Effekte auf die Arbeitsfähigkeit mehr erwartete (vgl. Beschwerde, S. 4 Ziffer 4). Sodann kann der Beschwerdeführer aus dem Bericht der Rehaklinik E. _____ vom 28. April 2017 (act. II 64) nichts zu seinen Gunsten ableiten: Zum einen hat sich die darin gestellte Prognose (S. 3) – verstanden als Vorhersage von Verlauf, Dauer und Ausgang einer Krankheit (vgl. dazu: PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1463) – insofern (zeitnah) realisiert, als die Arbeitsfähigkeit tatsächlich von 20% (act. II 74) auf schliesslich 50% gesteigert werden konnte. Es liegt jedoch in der Natur der Sache, dass prognostische Einschätzungen mit zunehmendem Zeitablauf an Aussagekraft und damit Beweisrelevanz verlieren, so dass aus dem Bericht vom 28. April 2017 hinsichtlich der im Zeitpunkt des Fallabschlusses – mithin fast 10 Monate später – und damit zeitfern erfolgten gesundheitlichen Entwicklung unter prognostischem Blickwinkel keine zuverlässigen Angaben mehr resultieren. Die darin erfolgte prognostische Einschätzung stellt somit keinen Widerspruch zum Umstand dar, dass im weiteren Verlauf die 50%ige Arbeitsfähigkeit nicht weiter gesteigert werden konnte.

Sodann wurde im Bericht des Spitals N. _____ vom 14. September 2017 (act. IIA 119; Beschwerde, S. 10 Ziffer 11c) allein eine Empfehlung für eine Zuweisung in die Schmerzsprechstunde und keine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erfolgsaussichten weiterer Behandlungen abgegeben. Ferner enthält der Bericht des Spitals N. _____ vom 4. Oktober 2017 (act. IIA 121 S. 1 – 3; Beschwerde, S. 10 Ziffer 11d) eine Empfehlung für eine Versuchstherapie mit vestibulärer Rehabilitation, jedoch „ohne Erfolgsgarantie“ (S. 2), womit der Beschwerdeführer auch aus diesem Bericht nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Schliesslich wurde im Austrittsbericht des Spitals N. _____ vom ... 2018 (act. IIA 191) zwar festgehalten, beim Beschwerdeführer sei ein grosses Rehabilitationspotential attestiert und eine Teilnahme am ... Rehabilitationsprogramm empfohlen worden, wobei es (u.a.) das Ziel sei, die Arbeitsfähigkeit sicherzustellen bzw. gegebenenfalls zu steigern und eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen (S. 2). Wie die Beschwerdegegnerin insoweit zu Recht vorbringt

(Beschwerdeantwort, S. 4 Ziffer 6.4), datiert dieser Bericht indessen drei Monate nach dem Fallabschluss und auch die ihm zugrunde liegende Hospitalisation erfolgte erst im Zeitraum vom ... bis ... 2018 (act. IIA 191 S. 1), womit die entsprechenden Erkenntnisse ausser Acht zu bleiben haben. Dies gilt umso mehr, als dieser Bericht eine allein sehr vage Prognose enthält und ihm keine Anhaltspunkte zu entnehmen sind, welche auf eine (pro 15. Februar 2018) unzutreffende (prospektive bzw. prognostische) Einschätzung schliessen lassen könnten.

7.4 Zusammenfassend ist – nachdem Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung nicht zur Debatte gestanden hatten – der per 15. Februar 2018 erfolgte Fallabschluss nicht zu beanstanden, und die Beschwerdegegnerin ist zu Recht zur (gesondert vorzunehmenden [vgl. E. 3.5.2 und 6.1 vorne]) Adäquanzprüfung geschritten.

8.

8.1 Die Beschwerdegegnerin hat den adäquaten Kausalzusammenhang nach Massgabe der sog. Schleudertraumapraxis (BGE 134 V 109; vgl. E. 3.5.3 vorne) geprüft (vgl. act. II 197 E. 4 S. 9). Auch wenn sich dem Bericht der Rehaklinik E. _____ vom 28. April 2017 (act. II 64) entnehmen lässt, dass ein Grossteil der geklagten Beschwerden „mit der psychiatrischen Diagnose“ (vgl. act. II 43) erklärbar sei (vgl. act. II 64 S. 3), darin ebenfalls auf eine Symptomausweitung hingewiesen wurde und für die Interpretation „dieser Befunde“ die psychiatrische Diagnose zu berücksichtigen sei (S. 8), ist diese – für den Beschwerdeführer günstigere – Vorgehensweise nicht zu beanstanden. Denn aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte kann insgesamt nicht gefolgert werden, eine allfällige psychische Pathologie stehe klar im Vordergrund mit der Folge, dass die Adäquanz gemäss BGE 115 V 133 zu prüfen wäre (E. 3.5.2 vorne; vgl. Entscheid des BGer vom 10. Februar 2012, 8C_402/2011, E. 5.1).

8.2 Mit Blick auf die Schwere des Unfallereignisses (vgl. E. 3.5.3 vorne) vom ... 2016 ist erstellt und unbestritten, dass dem Beschwerdeführer ein nachfolgendes Fahrzeug ins Heck des von ihm gelenkten Autos prallte (vgl. E. 4.1 vorne).

Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft (SVR 2017 UV Nr. 16 S. 56 E. 4.3.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 64). Mit Blick auf den fotografisch dokumentierten Schaden am vom Beschwerdeführer gelenkten Fahrzeug (vgl. act. II 56 S. 48), den berichteten Unfallhergang (act. II 26 S. 5) sowie den Bericht der F._____ vom 31. Mai 2017 (act. II 77), wonach die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des vom Beschwerdeführer gelenkten Fahrzeugs „innerhalb oder oberhalb eines Bereiches von 10 - 15km/h“ (S. 2) lag, besteht – mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. IIA 197 E. 5.2 S. 11) – auch vorliegend kein Anlass für eine andere Einschätzung (vgl. Entscheid des BGer vom 12. April 2016, 8C_123/2016, E. 5.2).

8.3 Bei einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen müssten praxisgemäss vier der sieben unfallbezogenen Zusatzkriterien (vgl. E. 3.5.3 vorne) in einfacher oder eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein (vgl. BGer 8C_123/2016, E. 5.3; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O.). Massgebend sind dabei die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Fallabschluss per 15. Februar 2018 (vgl. E. 7 vorne) entwickelt haben (vgl. Entscheide des BGer vom 27. November 2017, 8C_488/2017, E. 6.7 und vom 10. Oktober 2013, 8C_344/2013, E. 8).

8.3.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (BGE 140 V 356 E. 5.6.1 S. 366, 134 V 109 E. 10.2.1 S. 127; SVR 2016 UV Nr. 21 S. 69 E. 5.3.2).

Der Beschwerdeführer räumt selber ein, dass der Unfall vom ... 2016 „nicht dramatisch“ gewesen sei, „was die Inszenierung an sich“ betreffe „(keine Todesopfer, keine offenen Knochenbrüche, etc.)“ (Beschwerde, S. 7 Ziffer 9a). In der Tat ergeben sich keine Anhaltspunkte für besondere, die Eindrücklichkeit des Unfallereignisses vom ... 2016 qualifizierende Umstände. Dass der Beschwerdeführer den Unfall als besonders eindrücklich „erlebt“ hat, ist im Lichte der hiavor dargelegten

Rechtsprechung, wonach insoweit eine objektive Betrachtungsweise Platz zu greifen hat, nicht entscheidend. Das Kriterium ist folglich zu verneinen.

8.3.2 Die Diagnose eines Schleudertraumas genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf dazu vielmehr einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127; SVR 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 7).

Eine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden ist nicht erstellt, zumal sich diese im Verlauf besserten (act. II 89 S. 1; IIA 167 S. 11, 15 und 17). Der Beschwerdeführer bringt jedoch vor, er sei im Unfallzeitpunkt „mit dem Oberkörper leicht und mit dem Kopf gänzlich nach links geneigt auf dem Fahrersitz seines PW's“ gesessen (Beschwerde, S. 7 Ziffer 9b). Indessen macht er weder geltend noch ergeben sich in den medizinischen Berichte Hinweise, wonach diese Sitzhaltung das Beschwerdebild (in massgeblicher Weise) beeinflusst hätte. Schliesslich ist weder eine relevante Vorschädigung der HWS dokumentiert noch erlitt der Beschwerdeführer beim Unfall neben dem Schleudertrauma weitere Verletzungen. Das Kriterium ist folglich nicht erfüllt.

8.3.3 Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung erfordert eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtete ärztliche Behandlung, verbunden mit einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Ambulante Physiotherapie, alternativmedizinische Massnahmen sowie Verlaufskontrollen sind nicht im Sinne der Rechtsprechung als belastend zu qualifizieren (BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 84 E. 8.3.3; Entscheid des BGer vom 16. Februar 2009, 8C_327/2008, E. 4.2).

Wie in E. 7.2 vorne dargelegt, behandelte der Beschwerdeführer die seit dem Unfall vom ... 2016 geklagten Beschwerden medikamentös und schmerztherapeutisch (in Form von Physio- und medizinischer Trainings-therapie ([vgl. act. IIA 167 S. 9]) sowie ambulant psychiatrisch (act. II 89 S. 1). Weiter erfolgten der Einsatz eines TENS-Gerätes und Infiltrationen (vgl. act. IIA 142 S. 1; 167 S. 10), bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses jedoch keine stationäre Therapie. Auch wenn – mit dem Beschwerdeführer (Beschwerde, S. 7 f. Ziffer 9c) – im Verlauf verschiedene Therapieansätze versucht wurden und wenn die nach dem Fallabschluss erfolgte, indes nicht der eigentlichen Behandlung, sondern allein der Evaluation hinsichtlich Qualifikation zur Teilnahme am ... Rehabilitationsprogramm dienende Hospitalisation vom ... bis ... 2018 (act. IIA 191) mitberücksichtigt würde, ändert dies nichts daran, dass die Behandlungen insgesamt nicht als besonders belastend im Sinne des Kriteriums zu qualifizieren sind. Dies umso weniger, als Abklärungsmassnahmen und blosser ärztliche Kontrollen nicht kriteriumrelevant sind (vgl. Entscheid des BGer vom 17. Dezember 2015, 8C_608/2015, E. 5.3.3).

8.3.4 Die Beschwerdegegnerin hat das Kriterium der erheblichen Beschwerden als nicht gegeben beurteilt (act. IIA 197 E. 5.3 S. 11 f.).

Für die Adäquanzfrage wesentlich können in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128; SVR 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 9).

Aus den Akten folgt insoweit, dass sich die Beschwerden einerseits im Verlauf deutlich besserten und andererseits jeweils im Tagesverlauf zunahmten bzw. eine gewisse Belastungsabhängigkeit aufwiesen (vgl. act. II 89 S. 1; IIA 167 S. 11, 15 und 17). Selbst wenn unter diesen Umständen von der Erfüllung des Kriteriums ausgegangen würde, so wäre es jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise gegeben.

8.3.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ist nicht aktenkundig und wird auch nicht geltend gemacht (Beschwerde, S. 8 Ziffer 9e).

8.3.6 Entgegen dem Beschwerdeführer (Beschwerde, S. 8 Ziffer 9f) darf aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hiezu 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), womit auch vorliegend kein schwieriger Heilungsverlauf im Sinne des Kriteriums gegeben ist. Sodann sind keine Komplikationen – verstanden als (unfallfremde oder unfallbedingte) Umstände, die den durchschnittlichen Heilungsprozess eines unfallbedingten Gesundheitsschadens ungünstig beeinflussen (vgl. SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.3) – aktenkundig, und dergleichen wird auch nicht behauptet.

8.3.7 Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen als (in der einfachen Weise) erfüllt beurteilt (act. IIA 197 E. 5.3 S. 12; vgl. auch Beschwerdeantwort, S. 9 Ziffer 9.8).

Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 130; SVR 2009 UV Nr. 13 S. 56 E. 7.7.1).

Nach der Aktenlage wurde dem Beschwerdeführer ab dem Unfall eine 100%ige, ab 1. März 2017 eine 80%ige (act. II 39; 43 S. 2), ab 28. Mai 2017 eine 60%ige (act. II 74 f.), ab dem 15. August 2017 eine 50%ige (act. II 106), vom 9. bis am 17. September 2017 wiederum eine 100%ige, ab dem 18. September 2017 eine 60%ige (act. IIA 118 S. 3) und ab dem 3. Oktober 2017 wiederum eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. IIA 141 S. 2). Zudem ist der persönliche Einsatz des Beschwerdeführers im Rahmen von diversen medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen (vgl. E. 8.3.3 vorne; vgl. auch act. IIA 190 S. 1 f.), womit das Kriterium in seiner einfachen Form zu bejahen ist.

8.4 Demnach sind höchstens das Kriterium der erheblichen Beschwerden und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (in der jeweils einfachen Form) erfüllt, womit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom ... 2016 und den über den 15. Februar 2018 hinaus geklagten Beschwerden zu verneinen ist.

9.

Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Juni 2018 (act. IIA 197) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

10.

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

10.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Partei-entschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

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.