

200 19 146 UV  
FUR/ISD/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 2. Juli 2020**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Isliker

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 16. Januar 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1979 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) befand sich seit dem 6. Juni 2017 in einer von der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) durchgeführten beruflichen Abklärung und war in diesem Zusammenhang bei der N.\_\_\_\_\_ Genossenschaft beschäftigt, als er am 29. Juni 2017 als Mitfahrer in einen Verkehrsunfall (Auffahrkollision) verwickelt wurde (Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt [Suva bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 6, 15, 24). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. u.a. AB 69, 87/3 f., 98). Nach Eingang verschiedener Arztberichte und Vorlage zuhanden des agenturärztlichen Dienstes (vgl. dazu AB 215) stellte die Suva mit Verfügung vom 29. August 2018 (AB 217) die Versicherungsleistungen betreffend die weiterhin geklagten Beschwerden mangels adäquaten Kausalzusammenhangs bzw. aufgrund Erreichens des status quo sine per 30. September 2018 ein. Ferner verneinte sie aus demselben Grund einen Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 16. Januar 2019 (AB 283) fest.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 18. Februar 2019 (Postaufgabe gemäss Zeuge um 23:48 Uhr; zusätzlich zweimalige Übermittlung mittels Fax am 18. Februar 2019 um 23:57 Uhr bzw. 23:59 Uhr) Beschwerde. Er beantragte die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides und die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin, damit diese den Sachverhalt mittels eines polydisziplinären Gutachtens abkläre sowie die gesetzlichen Leistungen erbringe. Sodann ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. April 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Replik vom 24. Mai 2019 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und reichte weitere Unterlagen ein. Zudem machte er ergänzende Angaben zum seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Mit Duplik vom 7. August 2019 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Abweisungsantrag fest.

Mit Eingabe vom 12. Januar 2020 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein.

### **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** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 16. Januar 2019 (AB 283). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 29. Juni 2017 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen den Fall per 30. September 2018 abgeschlossen und den Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung sowie eine Integritätsentschädigung verneint hat. Soweit der Beschwerdeführer überdies einen Revisionsgrund respektive einen Leistungsanspruch aufgrund eines Unfallereignisses vom 21. Mai 2015 geltend macht (Replik, S. 4), hat die Beschwerdegegnerin – wie sie auch im angefochtenen Einspracheentscheid zu Recht festhielt (vgl. AB 283/3 Ziff. 1.2; vgl. dazu auch Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 6) – hierüber in der Verfügung vom 29. August 2018 (AB 217) nicht befunden. Folglich ist diesbezüglich mangels Anfechtungs- und Streitgegenstand auf die Beschwerde nicht einzutreten (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

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

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

## **2.**

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

**2.2** 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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.3** 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; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.4** 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 eine Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

**2.4.1** Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

**2.4.2** Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). 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.

**2.4.3** 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. 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; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 44 E. 8.2.1). 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 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2019 UV Nr. 11 S. 45 E. 8.4). 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; 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.

**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 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 (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 55 f.).

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 blosser 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 (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 55 f.).

**2.6** 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 Eingliederungsmassnahmen 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; zum Ganzen SVR 2019 UV Nr. 4 S. 16 E. 3.2.3.1).

### **3.**

**3.1** Fest steht und zwischen den Parteien zu Recht unbestritten ist, dass das Ereignis vom 29. Juni 2017 (vgl. AB 24) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin erbrachte denn auch entsprechende Versicherungsleistungen. Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer infolge des vorliegend zur Diskussion stehenden Unfalls über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 30. September 2018 (vgl. AB 217) hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die weiterhin geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 29. Juni 2017 stehen.

**3.2** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 29. Juni 2017 wurden folgende Diagnosen gestellt (AB 13/1):

Auffahrunfall mit 40 km/h als Mitfahrer am 29.06.2017 m/b:

- GCS 15, kein Bewusstseinsverlust, Gingivadefekt über Zahn 11+12
- Schmerzverstärkung LWS, verstärkte Hyposensibilität linkes Bein
- eFast negativ, LODOX mit auffälligem lumbosakralem Übergang (DD degenerativ)
- CT Schädel + Gesichtsschädel (mündlich): keine intrakranielle Blutung, keine Schädelfraktur, Karies über Zahn 17, proteinhaltige Flüssigkeit in Sinus maxillaris rechts
- CT-HWS: unauffällig
- CT LWS + Becken: keine akuten Traumafolgen, degenerative Veränderungen im lumbosakralen Übergang mit möglichem Diskusbulging L5/S1 sowie Vakuumeinschluss in Diskus

Diskushernie L5/S1 (ED 06/2015)

- MRI LWS 05.06.15: Diskushernie L5/S1 nach kaudal luxiert mit linken Rezessus, signifikante Neurokompression und möglicherweise auch L5 sind wahrscheinlich.
- MRI-LWS 29.06.17: Im Vergleich zum Vorbefund, geringgradige Zunahme der Stenose Neuroforamina L5/S1

St.n. schwerem Unfall bei der Arbeit (Bauarbeiten) mit Trauma des Rückens

(...)

Morbus Basedow

(...)

Der Beschwerdeführer sei anamnestisch als Mitfahrer im Rücksitz bei einem Auffahrunfall mit dem Gesicht an der Rückbank des Beifahrers angeprallt. Er sei angeschnallt gewesen und die anderen fünf Mitfahrer seien unverletzt gewesen. Es habe kein Bewusstseinsverlust bestanden. Der Rettungsdienst habe ihn sitzend angetroffen, hämodynamisch stabil, ansprechbar, GCS 15, mit Schmerzangabe im LWS-Bereich (VAS 5) sowie einer Hyposensibilität des linken Beines, welches gemäss dem Beschwerdeführer vorbestehend sei. Im Notfallzentrum berichte der Beschwerdeführer über einen verstärkten lumbalen Schmerz und eine Verstärkung der Hyposensibilität des linken Beines seit dem Unfall. Auf Nachfrage gebe er geringe Kopfschmerzen holokraniell ohne Schwindel, Nausea oder Erbrechen an (AB 13/2).

Klinisch präsentiere sich ein hämodynamisch stabiler und afebriler Beschwerdeführer. Im Primary Survey imponiere vor allem eine Druckdolenz

im Bereich des lumbosakralen Überganges sowie eine Hyposensibilität des gesamten linken Beins (ohne Dermatom-Zuordnung) mit M4 Parese des Fusshebers/-senkers links. Zudem eine Hyposensibilität im Bereich des rechten Armes im dorsalen Unterarm und Finger 2-4, ebenfalls ohne Zuordnung zu Dermatom. Das eFast sei unauffällig gewesen und im LODOX sehe man einen auffälligen lumbosakralen Übergang. Das erfolgte CT Schädel und HWS habe keine Traumafolgen gezeigt. Das CT der LWS mit Becken habe ebenfalls keine Traumafolgen, jedoch degenerative Veränderungen vor allem im lumbosakralen Bereich mit Bulging des Diskus nach dorsal L5/S1 gezeigt. Aus älteren Berichten von 2015 werde eine Diskushernie L5/S1 mit Neurokompression des S1 und möglicherweise auf L5 beschrieben. Bei aktueller Zunahme der Hyposensibilität nach Trauma sei erneut ein MRI der LWS gemacht worden. Dieses zeige zum Vorbefund eine geringgradige Zunahme der Stenose des Foramen L5/S1, ohne Sequester. Bezüglich der Gingivaabschürfung über Zahn 11+12 sei eine operative Versorgung empfohlen worden, was vom Beschwerdeführer abgelehnt worden sei. Laborchemie und EKG seien unauffällig gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich während des Aufenthalts hämodynamisch stabil und unter analgetischer Therapie schmerz kompensiert gezeigt. Die Mobilisation habe sich problemlos gestaltet (AB 13/3).

**3.2.2** Gemäss dem Bericht vom 29. Juni 2017 betreffend das CT der Wirbelsäule nativ bestünden keine Traumafolgen (AB 85). Im ebenfalls vom 29. Juni 2017 datierenden Bericht zur MR-Untersuchung der Wirbelsäule nativ wurde eine degenerativ veränderte LWS mit Diskus-Bulging LWK3/4 und zentral-/linksbetonter Diskusprotrusion LWK4/5 und LWK5/SWK1 beschrieben. Weiter bestehe eine foraminale Enge LWK5/SWK1 beidseits ohne eindeutige Neurokompression der L5-Wurzel beidseits. Insgesamt bestehe nur eine begrenzte Korrelation zwischen Bildgebung und der bestehenden Symptomatik (AB 84).

**3.2.3** Anlässlich eines MRI des Neurocraniums vom 20. Juli 2017 (AB 16) wurden eine Sinusitis maxillaris rechts, eine leichte Sinusitis sphenoidalis links und eine Sinusitis ethmoidalis beschrieben. Ansonsten zeige sich ein regelrechtes MRI des Neurocraniums ohne intrakranielle Raumforderung oder Blutung und keine Ischämie.

**3.2.4** Ein MRI der linken Schulter vom 21. Juli 2017 (AB 17) dokumentierte ein am ehesten posttraumatisch aktiviertes AC-Gelenk ohne dislozierte Fraktur, differentialdiagnostisch diskrete degenerative AC-Gelenksveränderungen. Weiter wurde eine sehr diskrete Ruptur der Supraspinatussehne und der Subscapularissehne mit Hinweis auf diskrete Partialläsion der anterosuperioren Gelenkscapsel mit diskreter Synovitis, bei einem ansonsten normalen MRI des Schultergelenks, beschrieben.

**3.2.5** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 18. August 2017 (AB 47) u.a. einen Status nach HWS-Schleudertrauma, Schmerzen und Sensibilitätsstörung Oberarm links, ausstrahlend bis kleinfingerseitig, Trauma vom 29. Juni 2017 bei einem wenig degenerativ veränderten AC-Gelenk der linken Schulter mit fraglicher partieller Läsion der Supraspinatussehne am Ansatzbereich zu lediglich 10-20 % der Sehnendicke. Die Schulter links zeige eine relativ gute Beweglichkeit und auch die Kraft scheine intakt zu sein. MR-tomographisch habe sich lediglich eine degenerative Veränderung des AC-Gelenks gefunden, wo leichte Schmerzen beständen. Aktuell stünden die Beschwerden über der HWS im Vordergrund. Dort finde sich eine schmerzbedingt stark eingeschränkte Beweglichkeit. Ebenso gebe der Beschwerdeführer eine Hyposensibilität an, so dass bei Status nach HWS-Trauma weitere Abklärungen mittels MRT der HWS gerechtfertigt seien.

In der Folge wurde am 21. August 2017 ein MRI der HWS durchgeführt, anlässlich dessen – bei einem beschriebenen spondylogenen leichtgradig eingeeengten Foramen intervertebrale C3/4 rechts – ein unauffälliger zervikaler Befund, insbesondere ohne Fraktur oder Diskushernienachweis, beschrieben wurde (AB 107/3). Zudem erfolgte am 30. August 2017 eine Infiltration des AC-Gelenks der linken Schulter (AB 48). Hierzu hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 7. September 2017 (AB 49) fest, die Infiltration des AC-Gelenks habe überhaupt keine Besserung gebracht. Auffallend sei die demonstrativ eingenommene Schonhaltung. Chirurgische Massnahmen seien sicherlich nicht indiziert. Die Behandlung sei abgeschlossen, da aus orthopädischer Sicht hier sicherlich nichts zu erreichen

sei. Zudem äusserte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ den Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung.

**3.2.6** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 7. November 2017 (AB 20) eine mittel- bis schwergradige (agitierte) depressive Episode/Störung bei zervikocephalem Schmerzsyndrom bei Status nach Autounfall am 29. Juni 2017. Es bestehe ein wechselhafter Verlauf mit sehr hoher psychischer Vulnerabilität und massiv erhöhter Reizbarkeit, Impulskontrollstörung, Freudlosigkeit, Antriebsverlust, Hilflosigkeit, Angst, Schlafstörungen, Selbstanklagen, Beweglichkeitsblockade und Kopf-, Nacken- sowie Schulterschmerzen rechts. Die Prognose sei aktuell unklar, insbesondere angesichts der bisher ausgeprägten Therapieresistenz.

**3.2.7** Im Bericht vom 18. Oktober 2017 (AB 38) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie, fest, der Beschwerdeführer leide seit dem Auffahrunfall vom 29. Juni 2017 an rechtsbetonten Kopfschmerzen, welche vom Nacken ausgingen und über den Hinterkopf zögen. Die Kopfschmerzen hätten circa zwei Tage nach dem Unfall begonnen. Zusätzlich hätten sich die schon zuvor seit einem Arbeitsunfall vor zwei Jahren bestandenen Rückenschmerzen verschlimmert sowie neue Schmerzen in der linken Schulter ergeben, welche ebenfalls gegen den Nacken hinaufziehen würden. Die Schmerzen seien sehr stark (NRS 9-10), bereits am morgen beim Erwachen vorhanden, dann etwas milder und im Verlauf des Tages wieder zunehmend (AB 38/1). In der Beurteilung führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide an cerikocephalen rechtsbetonten Schmerzen nach einem Beschleunigungstrauma vor gut drei Monaten sowie an einer Zunahme von bereits vorbestehenden lumbalen Beschwerden und an Beschwerden in der linken Schulter, wo ein Teilriss von Sehnen diagnostiziert worden sei. Die Abklärungen auf der Notfallstation hätten weder im Schädel-/Gesichts-CT noch im HWS-CT Hinweise für Traumafolgen oder sonstige schmerzerklärende pathologische Befunde ergeben (AB 38/3).

**3.2.8** Dem Befund des CT Schädel vom 20. Oktober 2017 (AB 43) zum Notfallbericht vom 19. Oktober 2017 (AB 46) ist zu entnehmen, es bestünden keine frischen intrakraniellen Blutungen. Es zeige sich ein seröser

Flüssigkeitsspiegel im Sinus sphenoidalis links, einer akuten Sinusitis entsprechend und eine chronische Sinusitis maxillaris rechts.

**3.2.9** In der rheumatologischen Beurteilung im Bericht vom 1. November 2017 (AB 44) der interdisziplinären ambulanten Schmerzsprechstunde des Spitals C.\_\_\_\_\_ führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Nephrologie, aus, im Vordergrund stünden persistierende rechtsseitige Kopfschmerzen mit Verschlechterung bei links- und rechts-Rotation des Kopfes. Aufgetreten seien die Beschwerden nach einem Auffahrunfall vom 29. Juni 2017. Zunächst habe der Beschwerdeführer unter der Akutmedikation keine Kopfschmerzen verspürt, nach einem Tag habe er jedoch unter den anhaltende Schmerzen gelitten. Auffallend sei eine deutlich verminderte aktive Beweglichkeit der HWS mit endständiger Schmerzprovokation und Entwicklung eines Schwindels ohne weitere vegetative Reaktionen. Im liegen fänden sich myofasziale Verhärtungen paravertebral beidseits auf Höhe von C3 bis C6. Die passive Rotation des Kopfes sei beidseits bis circa 50° möglich, ohne Entwicklung einer Schwindelsymptomatik. Es fänden sich myofasziale Befunde im Bereich der Trapeziusmuskulatur, der Subscapularismuskulatur und des Levators scapulae. Da beim Beschwerdeführer weiter eine ausgeprägte Angstsymptomatik und Tendenz zur Aggravation bestehe, werde ein ambulantes Setting empfohlen mit aktiver Mobilisation ohne Impuls und Training zur Verbesserung der Haltemuskulatur.

**3.2.10** Im Austrittsbericht vom 4. April 2018 (AB 73) zur stationären Abklärung und Behandlung im Spital C.\_\_\_\_\_ vom 15. Januar bis 6. Februar 2018 wurden u.a. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen sowie eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Im Rahmen einer neurochirurgischen und anästhesiologischen Neubeurteilung der bisherigen Bildgebung ergäbe sich klinisch im Bereich der HWS oder LWS kein Hinweis auf eine radikuläre Symptomatik; insbesondere im LWS-Bereich bei neuroforaminaler Enge L5/S1 bds. bestehe kein entsprechendes klinisches Bild. Aufgrund der bereits mehrmals durchgeführten, frustranen Infiltrationen sei auf weitere interventionelle Massnahmen verzichtet worden. Der chronische Schmerz werde als läsional induziert beurteilt mit nachfolgender perzeptiver Verstärkung, insbeson-

dere im Rahmen der erfolgten HWS-Distorsion. Als Hauptschmerzmechanismus müsse massgeblich von einem lokalen wie zentralen Schmerzsensibilisierungsvorgang gesprochen werden. Zusätzlich bestünden Hinweise für eine zentrale Hypersensivität, welche sich u.a. in einer allgemeinen Reizamplifizierung mit anatomischer Schmerzausweitung, Phonophobie und Photophobie äussere. Dieser Schmerzanteil lasse sich mit konventionellen Analgetika nicht beeinflussen. Periphere und zentrale Sensibilisierung und in der Folge eine Senkung der Schmerzschwelle sei ein bei Whiplash häufig beobachtbarer Mechanismus. Durch die lange Leidenszeit und die psychosoziale Verunsicherung sei es zu einer depressiven Stimmungslage gekommen, was bei der schmerzbezogenen Kognition zu einer Katastrophisierungstendenz und Hilfs-/Hoffnungslosigkeit geführt habe. Eine berufliche Wiedereingliederung sei momentan nicht realistisch.

**3.2.11** Im Zwischenbericht vom 12. April 2018 (AB 42) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt, fest, dass weiterhin chronische Schmerzen und psychische Beschwerden bestünden. Die aktuelle Behandlung erfolge mit Schmerzmitteln und die Prognose sei ungewiss.

**3.2.12** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ führe im Bericht vom 30. Mai 2018 (AB 119) zur ambulanten Behandlung zwischen Juli und Dezember 2017 mit Fokus auf Besserung der Schmerzen und der depressiven Symptomatik sowie der Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit aus, der Verlauf sei trotz gewisser eher geringfügiger Besserung bestimmter Symptome etwas schleppend gewesen. Der Beschwerdeführer habe bei einer bei weitem unzureichenden Besserung zumindest partiell auf die Behandlungsmassnahmen angesprochen. Da die Grenze des Besserungspotentials im ambulanten Rahmen erkannt habe werden müssen, sei der Beschwerdeführer zur interdisziplinären stationären Behandlung im Spital C.\_\_\_\_\_ angemeldet worden.

**3.2.13** Im Austrittsbericht der Tagesklinik des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2018 (AB 185) zur teilstationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 19. Februar bis 31. Mai 2018 hielt Dr. med. univ. I.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, fest, der Beschwerdeführer habe den Tagesklinikaufenthalt insgesamt als hilfreich empfunden und namentlich aufgrund der durchgeführten Psychoedukation ein besseres Schmerzmanagement erlernt; die

Schmerzen seien beim Austritt nach wie vor stark vorhanden. Bei den aktuell sehr starken Kopfschmerzen würden die Aufmerksamkeitslenkung und Schmerzdistanzierung jedoch wenig greifen.

**3.2.14** Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Arztbericht vom 14. August 2018 (AB 205) ein chronisches Schmerzsyndrom mit Zephalgien und Verdacht auf analgetikainduzierten Kopfschmerz und eine Hemisymptomatik links ohne sichere Anhaltspunkte für eine relevante organische Ursache. Im Vordergrund stünden einerseits chronische Kopfschmerzen, andererseits Rückenschmerzen mit einer Störung der linken Körperseite. Die Kopfschmerzen dürften zum Untersuchungszeitpunkt zumindest mitverursacht sein durch den langdauernden, chronischen Konsum von Analgetika im Sinne eines analgetikainduzierten Kopfschmerzes. Eine andersartige Verursachung, insbesondere als direkte Unfallfolge im Sinne einer Verletzung der HWS oder des Kopfes lasse sich wohl nicht belegen (diesbezüglich unauffällige MRI-Befunde der HWS 8/2017 sowie vom Kopf 7/2017). Angesichts der umfangreichen und mehrmonatigen Vorbehandlung stationär und ambulant am Spital C.\_\_\_\_\_ befürchte er, dass er dem Beschwerdeführer therapeutisch nicht weiterhelfen könne. Sicherlich wäre es sinnvoll, sämtliche Analgetika zu entziehen, wobei dies wahrscheinlich nur in einem entsprechenden stationären Rahmen möglich sei. Angesichts der Vorgeschichte seien die Erfolgsaussichten möglicherweise begrenzt. Die darüber hinaus bestehenden bzw. demonstrierten Beschwerden fänden im neurologischen Untersuchungsbefund kein eindeutiges objektivierbares bzw. organisches Korrelat. Angesichts der zahlreichen Voruntersuchungen mit unauffälligem MRI von Kopf, HWS und auch LWS aus dem Jahr 2017 betreffend Veränderungen neuronaler Strukturen erscheine eine organische Ursache insbesondere auch der halbseitigen Gefühlsstörung unwahrscheinlich.

**3.2.15** In der kreisärztlichen Beurteilung vom 23. August 2018 (AB 215) führte Kreisärztin Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zusammenfassend aus, dass keine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit strukturell objektivierbaren Folgen des Unfallereignisses vom 29. Juni 2017 vorliegen würden. Von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen könne keine namhaf-

te Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Bereits vor dem Unfallereignis habe eine degenerativ veränderte LWS mit Diskus-Bulging LWK3/4 und zentral-/linksbetone Diskusprotrusionen LWK4/5 und LWK5/SWK1 sowie eine foraminale Enge im Bereich LWK5/SWK1 beidseits ohne eindeutige Neurokompression der L5-Wurzel beidseits bestanden. Insgesamt zeige sich nur eine begrenzte Korrelation zwischen der Bildgebung und der bestehenden Symptomatik. Die Befunde seien überdies bereits im MRI der LWS vom 4. Juni 2015 dokumentiert und demnach vorbestehend gewesen. Eine richtungsgebende Verschlimmerung des vorbestehenden Leidens sei durch den Unfallmechanismus nicht entstanden, weshalb die Befunde nicht unfallkausal seien. Im Bereich der linken Schulter habe der Unfall gestützt auf das Arthro-MRT vom 21. Juni 2017 zu keiner unfallbedingten strukturellen Läsion geführt. Eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes des AC-Gelenks sei unfallbedingt nach drei Monaten ausgeheilt. Zusätzliche objektivierbare strukturelle Läsionen durch das Unfallereignis bestünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (AB 215/4 f.).

**3.2.16** Im Arztbericht vom 26. Oktober 2018 (AB 256) diagnostizierte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen bei/mit cervikoccephalmen Syndrom mit deutlichen muskulären Dysbalancen im Nacken-/Schulter-/HWS-Bereich (Status nach zweimaligen Unfällen mit HWS-Beteiligung mit möglicher HWS-Distorsion im 2015/2017), diffuser Hypästhesie/Hypalgesie des linken Beines am ersten (recte, wohl: ehesten) funktionell, Depression, momentan mittelschwere depressive Episode und Tremor des ganzen Körpers mit rezidivierenden myoklonischen Zuckungen ohne Anhaltspunkte für eine organische Genese.

In der Beurteilung hielt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ fest, momentan stünden die Kopfschmerzen vom Spannungskopfschmerz mit deutlichen Myogelosen bzw. muskulärer Dysbalance im Nacken-Schulterbereich beidseits im Vordergrund, begleitet durch eine mittelschwere depressive Episode. Weiter bestehe ein lumbovertebrales Syndrom mit unscharf begrenzten, nicht sicher radikulär zuzuordnenden Sensibilitätsstörungen am linken Bein. Motorische Defizite ohne eindeutige radikuläre Reizzeichen hätten sich klinisch

sowie elektrophysiologisch nicht objektivieren lassen. Während der Anamnese und der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer äusserst schmerzgeplagt präsentiert mit deutlichem Tremor des ganzen Körpers sowie wiederholten Myoklonien mehrerer Körperteile, was in einer Diskrepanz zu den objektivierbaren klinisch-neurologischen und den radiologischen Befunden stehe. Es müsse noch eine zusätzliche funktionelle Komponente im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung postuliert werden. Diese, die depressive Stimmungslage und die schwierige psychosoziale Situation unterhielten sich dabei gegenseitig im Sinne eines Teufelskreises. Bei Verdacht auf zusätzlich schmerzinduzierte (wohl: schmerzmittelinduzierte) Kopfschmerzen wäre ein Analgetika-Entzug notwendig. Allenfalls sollte die Vorstellung des Beschwerdeführers in einer interdisziplinären Schmerzsprechstunde in Betracht gezogen werden. Insgesamt sei die Prognose mit bald seit drei Jahren bestehenden chronischen Schmerzen jedoch reserviert.

**3.2.17** Am 29. November 2018 (AB 279/16-19) hielt Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, fest, nachdem die Beurteilungen der Dres. med. J.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_ vom Beschwerdeführer respektive seiner Rechtsanwältin als oberflächlich, unvollständig und vollkommen unbefriedigend empfunden worden seien, erfolge eine erneute neurologische Beurteilung. Bei Durchsicht der Berichte der genannten Voruntersucher müsse – entgegen der Ansicht der Rechtsanwältin des Beschwerdeführers – ausdrücklich gesagt werden, dass die Voruntersucher den Beschwerdeführer sehr akribisch untersucht und sogar Zusatzuntersuchungen durchgeführt hätten, ohne Hinweise auf eine relevante Schädigung des Nervensystems. Auch die Beurteilungen seien absolut korrekt, weshalb er, Dr. med. M.\_\_\_\_\_, sich diesen anschliesse. In der durchgeführten klinisch-neurologischen Untersuchung hätten sich aktuell keine Hinweise auf eine relevante Schädigung des Nervensystems gezeigt. Die sichtbaren Bewegungsstörungen – vor allem das Zittern und manchmal Zucken am Körper – und die Sensibilitätsstörung des linken Beines seien wahrscheinlich funktioneller Natur und entsprächen nicht der Verteilung, wie dies durch eine Hirn- oder Nervenschädigung möglich sei. Auch die ergänzenden Untersuchungen (SSEP) der Dres. med. J.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_ und die normalen MRI des Schädels, der HWS und der LWS sprächen sehr gegen

eine organische Schädigung. Es handle sich daher vorwiegend um eine Kopfschmerzproblematik mit massiver Schmerzausweitung und funktioneller Überlagerung. Im Zusammenhang mit dem Schmerzmittelüberkonsum würde ein Absetzversuch unter gleichzeitiger Spiricort-Medikation durchgeführt.

In einem weiteren Bericht vom 20. Dezember 2018 (AB 282) hielt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ fest, dass der durchgeführte Therapieversuch mit Spiricort nicht erfolgreich gewesen sei und bereits bei geringen Dosierungen zu starken Nebenwirkungen (Schwindelbeschwerden) geführt habe. Er möchte die Behandlung abschliessen, da er dem Beschwerdeführer keine Therapie anbieten könne.

**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 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).

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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Auch ein medizinischer Aktenbericht kann beweistauglich sein, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Berichterstatter imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Entscheid des BGer vom 25. September 2019, 8C\_414/2019, E. 2.2.1). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. 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).

### **3.4**

**3.4.1** In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. Januar 2019 (AB 283) im Wesentlichen auf die versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung der Kreisärztin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 23. August 2018 (AB 215). Diese erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsinternen medizinischen Aktenbeurteilung (vgl. E. 3.3 hiervor), weshalb ihr volle Beweiskraft zuzuerkennen ist. Die Beurteilung erfasst den gesamten massgeblichen medizinischen Sachverhalt und beruht auf einem lückenlosen medizinischen Befund. Dabei legte die Kreisärztin die medizinischen Zusammenhänge, namentlich in Bezug auf die wiederholten neurologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers, nachvollziehbar dar und begründete ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der damit korrelierenden Vorakten widerspruchsfrei und überzeugend. Demgegenüber ergeben sich weder aus den medizinischen Akten noch aus der beschwerdeweise vorgebrachten Kritik Anhaltspunkte, die auch nur geringe Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der Aktenbeurteilung von Kreisärztin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 23. August 2018 (AB 215) zu wecken vermöchten.

**3.4.2** Hinsichtlich einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen hielt die Kreisärztin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ in der Beurteilung vom 23. August 2018 (AB 215/4) fest, dass davon nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namenhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei, worauf die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. August 2018 (AB 217) per 30. September 2018 den Fallabschluss vornahm. Dies ist nach Lage der medizinischen Akten und der verschiedenen stattgehabten erfolglosen therapeutischen Interventionen nicht zu beanstanden, zumal auch die behandelnden Ärzte weder eine konkrete therapeutische Option noch eine begründete Prognose stellten, gestützt auf die eine namhafte Besserung (vgl. dazu E. 2.6 hiavor) mit entsprechender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen wäre. So hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hinsichtlich der geklagten Beschwerden an der linken Schulter bereits im Bericht vom 7. September 2017 (AB 49), nach vorgängiger bildgebender und klinischer Untersuchung sowie einer durchgeführten Infiltration des Gelenks (vgl. AB 47 f.) fest, dass die Behandlung abgeschlossen sei, da aus orthopädischer Sicht sicherlich nichts zu erreichen sei. Ferner wurde im Bericht des Schmerzzentrums des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2017 (AB 44) lediglich ein Ausschleichen der Benzodiazepin-Medikation empfohlen und Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 7. November 2017 (AB 20) eine unklare Prognose angesichts der ausgeprägten Therapieresistenz an. Die ambulante psychiatrische Behandlung wurde in der Folge mangels hinreichender therapeutischer Wirksamkeit (vgl. AB 119/3 Ziff. 5) zugunsten einer stationären bzw. tagesklinischen Behandlung abgebrochen. In der nachfolgenden stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 15. Januar bis 6. Februar 2018 wurde aufgrund eines interdisziplinären Konsenses auf weitere interventionelle Massnahmen verzichtet und anstelle ein Programm bestehend aus Psychotherapie, Physio- und Ergotherapie sowie eine medikamentöse Behandlung durchgeführt, wobei keine ins Gewicht fallende Verbesserung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf das funktionelle Leistungsvermögen beschrieben wurde (vgl. AB 73/3). Auch der behandelnde Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ stellte im Zwischenbericht vom 12. April 2018 (AB 42) bei fortbestehenden chronischen Schmerzen und psychischen Beschwerden eine ungewisse Prognose. Als gegenwärtige Behandlung wurde lediglich „Schmerzmittel“ vermerkt; Vorschläge zum

Prozedere konnte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ keine machen. Eine massgebliche Verbesserung der Beschwerdesituation ergibt sich sodann auch nicht aus dem Bericht vom 14. Juni 2018 zur teilstationären psychosomatischen Behandlung des Beschwerdeführers vom 19. Februar bis 31. Mai 2018 (AB 185). In neurologischer Hinsicht konnte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 14. August 2018 (AB 205) ebenfalls keine therapeutischen Optionen anbieten und ging überdies hinsichtlich eines Analgetikaentzuges von begrenzten Erfolgsaussichten aus. Dieser Einschätzung schloss sich sodann Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in der neurologischen Beurteilung vom 26. Oktober 2018 (AB 258) im Wesentlichen an – dies insgesamt mit sehr reservierter Prognose. Dies wird auch durch den gescheiterten medikamentösen Behandlungsversuch und die nachfolgende Einstellung der Behandlung durch Dr. med. M. \_\_\_\_\_ unterstützt (vgl. AB 279/16-19, 282).

Daran ändern auch die fortgesetzten ärztlichen Verlaufskontrollen, namentlich durch den behandelnden Hausarzt, sowie die Einnahme von Medikamenten nichts, da diese Behandlungen nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung darstellen (Entscheid des BGer vom 22. September 2016, 8C\_306/2016, E. 5.3). Auch eine allfällige Fortsetzung einer physiotherapeutischen Behandlung genügt praxismässig nicht, um den Fallabschluss hinauszuzögern (Entscheid des BGer vom 3. Dezember 2019, 8C\_674/2019, E. 4.3). Schliesslich vermag der Beschwerdeführer aus den nachträglich eingereichten Unterlagen, namentlich einem nach dem vorliegend massgeblichen Beurteilungshorizont (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) liegenden Arztbericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (Beschwerdebeilage [BB] 24) und eines MRI-Berichts aus ... (BB 19a) nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, weil die Beurteilung des Fallabschlusses prospektiv zu erfolgen hat (vgl. E. 2.6 hiavor) und – entgegen dem nachgereichten MRI-Bericht, welcher ohnehin von „Zeichen einer Degeneration“ spricht (vgl. BB 19a) – in den echtzeitlichen bildgebenden Abklärungen eine unfallbedingte Diskushernie ausdrücklich verneint wurde (vgl. AB 85, 105).

Demnach war gestützt auf die umfangreichen interdisziplinären Abklärungen sowie angesichts der verschiedenen frustranen Behandlungsversuche

von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung über den 30. September 2018 hinaus keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu erwarten. Die Beschwerdegegnerin durfte daher den Fall unter Einstellung der Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen auf diesen Tag hin abschliessen und für die Zeit ab 1. Oktober 2018 den Rentenanspruch prüfen.

**3.4.3** Die Kreisärztin hat nachvollziehbar begründet aufgezeigt, dass gestützt auf die umfangreichen Abklärungen weder im Bereich des Schädels noch der HWS bzw. LWS unfallbedingte strukturelle Läsionen ausgewiesen sind bzw. dass im Bereich der LWS vorbestehende und bekannte degenerative Veränderungen bestünden. Zudem würde insgesamt die bestehende Symptomatik ohnehin nur begrenzt mit der Bildgebung korrelieren (AB 215/4). Diese Beurteilung ist nicht nur schlüssig und überzeugend, sondern sie wird auch durch die vorliegenden medizinischen Akten gestützt. So zeigten die am Unfalltag erfolgten bildgebenden Abklärungen keinen Nachweis einer unfallbedingten strukturellen Läsion (vgl. AB 13, 84 f.) und auch ein späteres MRI der HWS vom 21. August 2017 wies einen unauffälligen zervikalen Befund auf, insbesondere ohne Fraktur oder Diskushernienachweis (vgl. AB 105). Ebenso wurden in den verschiedenen klinischen Untersuchungen des Beschwerdeführers kein entsprechendes – über die vorbestehenden strukturellen Schäden der LWS (vgl. hierzu AB 60/55 ff.) hinausgehendes – organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden der HWS bzw. LWS gefunden (vgl. AB 73/3 f.; 205/2; 258/2; 279/18). Zu keinem anderen Ergebnis führen sodann die von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung vom 1. November 2017 (AB 44/2) – bei gleichzeitig festgehaltener Aggravationstendenz – beschriebenen myofaszialen Verhärtungen paravertebral und weiterer Muskelgruppen des Nacken-Schulter-Bereichs, eingeschränkter Rotation des Kopfes und deutlich verminderter aktiver Beweglichkeit der HWS, da derartige klinische Befunde (Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, eine Druckdolenz im Nacken oder eine Einschränkung in der Beweglichkeit) für sich allein nicht auf ein organisch ausgewiesenes unfallbedingtes Korrelat des Beschwerdebildes schliessen lassen (Entscheid des BGer vom 20. April 2016, 8C\_867/2015, E. 3.3). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann vielmehr erst dann gesprochen werden,

wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Entscheid des BGer vom 3. Dezember 2019, 8C\_674/2019, E. 5.1), was vorliegend trotz umfangreicher (bildgebender) Abklärungen nicht möglich war. Unbehelflich ist in diesem Zusammenhang auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, dass die Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall vom 29. Juni 2017 eingesetzt hätten und daher eine organisch ausgewiesene Verschlechterung des Gesundheitszustandes darstellen würden (vgl. Beschwerde, S. 5 f.), da diese Argumentation auf einen unzulässigen „post hoc ergo propter hoc“-Schluss hinausläuft (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2), zumal vorliegend durch den Unfall keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule und namentlich keine Wirbelkörperfrakturen verursacht wurden (vgl. Entscheid des BGer vom 11. November 2015, 8C\_644/2015, E. 5.4).

Hinsichtlich der LWS-Beschwerden führte Kreisärztin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ in der Aktenbeurteilung vom 23. August 2018 (AB 215/5) im Einklang mit den echtzeitlichen diesbezüglich blenden bildgebenden Unterlagen sowie namentlich auch den Befunden im Rahmen des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 24. Februar 2017 (AB 60/63 und 67) zuhanden der Invalidenversicherung aus, dass die bildgebend dokumentierten degenerativen Veränderungen der LWS vorbestehend seien und durch das Unfallereignis keine richtunggebende Verschlimmerung erfahren hätten. Die Beschwerdegegnerin wies zudem zu Recht darauf hin (vgl. AB 283/18), dass selbst bei Annahme einer – vorliegend jedoch nicht ausgewiesenen – traumatischen Verschlimmerung eines stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr diese als abgeschlossen zu betrachten ist (Entscheidung des BGer vom 9. Mai 2018, 8C\_13/2018, E. 3.3; SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3). Im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 30. September 2018 hätte demnach eine allfällige traumatische Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes demnach praxisgemäss als abgeschlossen zu gelten.

Hinsichtlich der geklagten Schulterbeschwerden hielt die Kreisärztin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ gestützt auf das am 21. Juli 2017 erfolgte Arthro-MRT (vgl. AB 17) sowie in Kenntnis der darauf folgenden klinischen Unter-

suchung und Behandlung durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 47-49) überzeugend begründet fest, dass lediglich degenerative Veränderungen des AC-Gelenks, ohne Fraktur und ohne grössere Sehnenläsionen bestanden hätten, während das Unfallereignis vom 29. Juni 2017 zu keiner weitergehenden strukturellen Läsion an der linken Schulter geführt habe. Eine vorübergehende Verschlimmerung des beschriebenen degenerativen Vorzustandes des AC-Gelenks sei demgegenüber unfallbedingt ausgeheilt nach drei Monaten (AB 215/5). Entgegen der Kritik des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 4) beruht diese Beurteilung ebenfalls auf einer eingehenden klinischen sowie bildgebenden Abklärung des geklagten Beschwerdebildes und vermag ohne weiteres zu überzeugen. Überdies ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. K. \_\_\_\_\_ als Kreisärztin der Suva nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung als Fachärztin im Bereich der Unfallmedizin ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilt und therapeutisch begleitet, sodass sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen verfügt (Entscheid des BGer vom 24. Oktober 2019, 8C\_316/2019, E. 5.4).

Der unbestrittenermassen durch den Unfall vom 29. Juni 2017 verursachte Gingivadefekt über Zahn 11 und 12 wurde entsprechend behandelt und heilte in der Folge komplikationslos und zeitgerecht ab (vgl. AB 12 f., 92 f.). Weitergehende strukturell objektivierbare Unfallfolgen, namentlich eine von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers insinuierte Mittelgesichtsfraktur (vgl. Beschwerde, S. 5), ergeben sich nicht aus den medizinischen Akten, insbesondere auch nicht aus den bildgebenden Untersuchungen des Schädels (vgl. AB 43). Ebenso stellt die in letzterem beschriebene Sinusitis bereits aus dem Grund keine unfallkausale strukturelle Läsion dar, weil sie schon vorbestehend war (vgl. AB 60/19).

**3.5** Damit sind sämtliche geklagten somatischen Gesundheitsschäden spätestens im Zeitpunkt des Fallabschlusses am 30. September 2018 nicht (mehr) natürlich kausal auf den Unfall vom 29. Juni 2017 zurückzuführen. Selbst wenn die vom Beschwerdeführer darüber hinaus geklagten, somatisch nicht erklärbaren Beschwerden natürlich kausal mit dem Unfall verbunden wären, was ebenfalls nicht der Fall ist, würde sich am Ergebnis

jedoch nichts ändern, da eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin jedenfalls an der fehlenden Adäquanz des Kausalzusammenhanges entfällt (vgl. E. 4 hiernach).

#### **4.**

**4.1** Bei der Prüfung der Adäquanz kann vorliegend insoweit offen bleiben, ob der Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses vom 29. Juni 2017 ein Schleudertrauma der HWS erlitten hat, da der Kausalzusammenhang auch dann zu verneinen ist, wenn er – wie vom Beschwerdeführer vertreten (Replik, S. 5) – nach der Schleudertrauma-Praxis, d.h. ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten des Gesundheitsschadens (vgl. E. 2.4.3 hiervor), durchgeführt wird (vgl. SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.3; Entscheid des BGer vom 17. Juni 2010, 8C\_248/2010, E. 3.3).

**4.2** Die Unfallschwere ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs des konkreten Unfallereignisses mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

**4.2.1** Aus den Angaben des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin vom 2. März 2018 (AB 29, vgl. auch AB 25/3) sowie der Schadenmeldung UVG für arbeitslose Personen vom 15. März 2018 (AB 24) geht zum Unfallhergang hervor, dass der Beschwerdeführer in einem Bus der N. \_\_\_\_\_-Genossenschaft als Mitfahrer auf der mittleren von drei Sitzreihen hinter dem Beifahrer sass und auf dem Autobahnzubringer Bern-Wankdorf unterwegs war. Der Fahrer habe versehentlich abrupt abgebremst, worauf das nachfolgende Fahrzeug in das Heck des Buses geprallt sei. Dadurch sei der Beschwerdeführer mit dem Kopf an die Rücklehne des Beifahrers geprallt und habe Verletzungen am Zahnfleisch und Prellungen an Rücken und Schultern zugezogen (vgl. auch das Unfallaufnahmeprotokoll vom 29. Juni 2017 [AB 15/3 f.]). Gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung (Triage) vom 14. Juni 2018 (AB 127) sei der Kleinbus bei der Auffahrkollision mit einer grossen Überdeckung und annähernd gerade getroffen worden und habe eine Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) in Vorwärtsrichtung unterhalb oder knapp innerhalb des Be-

reichs von 10-15 km/h erfahren. Die festgestellten Veränderungen der HWS würden nicht als Abweichung vom biomechanischen Normalfall betrachtet. Ebenso wenig stelle eine Kopf- bzw. Gesichtsanprall am Vordersitz eine Abweichung dar. Insgesamt seien die von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde isoliert durch die Kollisionseinwirkung eher nicht erklärbar. Eine vorübergehende Verstärkung vorbestehender Beschwerden sei hingegen nachvollziehbar (AB 127/5).

**4.2.2** Ausgehend vom aktenkundigen Geschehensablauf handelte es sich beim Unfallereignis vom 29. Juni 2017 um eine einfache Auffahrkollision auf ein (haltendes) Fahrzeug, was rechtsprechungsgemäss regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu leichten Unfällen liegendes Ereignis eingeordnet wird (Entscheide des BGer vom 16. Dezember 2016, 8C\_425/2016, E. 4.3.3, und vom 29. Juli 2010, 8C\_310/2010, E. 7.1; SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11 E. 9.1.1). Dies ist auch vorliegend der Fall, da sich die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs des Beschwerdeführers (Delta-v) unterhalb oder knapp innerhalb der im Normalfall geltenden Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Beschwerden liegt (vgl. AB 127/5). Ebenso spricht dafür, dass die weiteren Insassen des Busses unverletzt geblieben sind (AB 15/9 f.) und lediglich geringfügiger Sachschaden entstanden ist (vgl. AB 110/24 f.). Entgegen der aktenwidrigen Behauptung des Beschwerdeführers (vgl. Replik, S. 5) wurden im Rahmen der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 14. Juni 2018 (AB 127/5) die vorbestehenden Schädigungen der HWS nicht als besondere Verletzung qualifiziert. Vielmehr gingen die Experten davon aus, dass die vorbestehenden Schäden der HWS und der LWS keine Abweichung vom biomechanischen Normalfall zu begründen vermögen. Auch die weiteren pauschalen Einwendungen des Beschwerdeführers zur erlittenen Zahnfleischverletzung (Replik, S. 5) führen zu keiner anderen Qualifikation des stattgehabten Ereignisses.

**4.3** Nach dem Dargelegten könnte bei der gegebenen Unfallschwere die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens vier der sieben Adäquanzkriterien in einfacher Form erfüllt wären oder eines besonders ausgeprägt vorläge (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

**4.3.1** Der Beschwerdeführer macht zu Recht nicht geltend, dass die Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls (vgl. dazu Entscheid des BGer vom 11. November 2019, 8C\_473/2019, E. 5.2) noch jenes der ärztlichen Fehlbehandlung erfüllt seien. Ebenfalls ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten, dass keine fortgesetzte, spezifische, belastende ärztliche Behandlung bestanden hat, sondern sich die Behandlungsmassnahmen im wesentlichen auf medikamentöse und ambulante physiotherapeutische Behandlungen, Verlaufskontrollen sowie wiederholte Abklärungen konzentrierten, was rechtsprechungsgemäss (BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128; SVR 2019 SVR 2019 UV Nr. 11 S. 45 E. 8.5, 2007 UV Nr. 25 S. 84 E. 8.3.3; Entscheid des BGer vom 16. Februar 2009, 8C\_327/2008, E. 4.2) nicht als belastend zu qualifizieren ist.

**4.3.2** Der Beschwerdeführer hat sich beim Auffahrunfall in somatischer Hinsicht eine zwischenzeitlich komplikationslos ausgeheilte (vgl. AB 12 f., 92 f.) Gebissverletzung sowie Prellungen an Rücken und Schulter zugezogen (vgl. AB 13, 15/3 f.). Diese stellen offenkundig keine schweren oder besondere Verletzungen dar (zu den Zahnverletzungen vgl. Entscheid des BGer vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008, E. 10.2). Im Übrigen bedarf es zur Bejahung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma bzw. die äquivalente Verletzung typischer Beschwerden oder besonderer Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen können, z.B. eine beim Unfall eingenommene spezielle Körperhaltung und dadurch bewirkte Komplikationen (Entscheid des BGer vom 22. August 2018, 8C\_114/2018, E. 6.4 mit Hinweisen). Derartiges ist vorliegend mit Blick auf die im Wesentlichen unauffälligen zeitnahen bildgebenden Abklärungen (vgl. AB 16 f., 84 f.) wie auch unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer beschriebenen, nicht als speziell zu qualifizierenden Körperhaltung (Replik, S. 5) nicht ersichtlich. Daran vermag auch der Verweis des Beschwerdeführers auf den Unfallablauf zu ändern (vgl. Replik, S. 5), da dieser und die sich dabei entwickelnden Kräfte bereits bei der Einteilung in die Kategorien leicht, mittelschwer und schwer berücksichtigt wurden (vgl. E. 2.4.3 und E. 4.1 hiavor). Im Übrigen wurden die vorbestehenden, degenerativen Schäden an der HWS im Rahmen der biomechanischen Kurzbeurteilung

vom 14. Juni 2018 (AB 127/5) nicht als Abweichung vom Normalfall beurteilt. Das Kriterium ist daher nicht erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Weise.

**4.3.3** 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). Die Beschwerdegegnerin hat das teilweise Vorliegen erheblicher *unfallbedingter* Beschwerden bejaht (vgl. AB 283/21). Soweit der Beschwerdeführer demgegenüber aus einer enumerativen Wiedergabe von Symptomen und dem Umstand, dass eine – bei der Beurteilung der Glaubhaftigkeit der geschilderten Beschwerden nicht entscheidende – fehlende berufliche Eingliederungsperspektive das Kriterium in ausgeprägter Weise vorliegend qualifiziert (vgl. Replik, S. 6), ist dem nicht zu folgen. So wurde der Beschwerdeführer bereits am Unfalltag unter Analgetika schmerzkomponiert nach Hause entlassen (vgl. AB 13/3). Zudem wurden im vom Beschwerdeführer referenzierten Bericht vom 4. April 2018 (AB 73/2 ff.) des Spitals C.\_\_\_\_\_ eine Schmerzreduktion sowie die Möglichkeit der sportlichen Partizipation (MTT, Nordic Walking etc.) beschrieben, was mindestens gegen das Vorliegen des Kriteriums in ausgeprägter Form spricht. Ebenso ist darauf hinzuweisen, dass bereits im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung vom 1. November 2017 (AB 44/3) eine Tendenz zur Aggravation beschrieben wurde und das demonstrierte Beschwerdebild wiederholt als lediglich begrenzt mit den bildgebenden bzw. klinischen Befunden korrelierend qualifiziert wurden (vgl. AB 84, 215/4, 258/2). Insgesamt ist dieses Kriterium daher höchstens in einfacher, nicht jedoch in ausgeprägter Weise erfüllt.

**4.3.4** Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf 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 2019 UV Nr. 11 S. 85 E. 8.5, 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5). Solche Umstände sind – entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung (Replik, S. 6) – nicht ersichtlich und ergeben sich insbesondere auch nicht aus dem Bericht

vom 4. April 2018 (AB 73/2 ff.) des Spitals C.\_\_\_\_\_, worin vielmehr eine zumindest teilweise Schmerzlinderung sowie Reduktion des Anspannungsgefühls infolge verschiedener nichtinvasiver Therapien beschrieben wurden. Der Umstand, dass trotz der erfolgten Therapien und der eingenommenen Medikamente weder eine Beschwerdefreiheit noch eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten bzw. der zuletzt ausgeübten Tätigkeit erreicht werden konnte, vermag ebenso wenig einen schwierigen Heilungsverlauf zu begründen (vgl. SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3). Soweit der Beschwerdeführer als zusätzliche Komplikation auf medikamenteninduzierte Kopfschmerzen verweist (vgl. Replik, S. 6), handelt es sich hierbei lediglich um eine ungesicherte Verdachtsdiagnose (vgl. AB 205/2 f., 258/2), weshalb bereits aus diesem Grund sich hieraus kein schwieriger Heilungsverlauf ableiten lässt. Insgesamt liegen keine Umstände vor, die zur Bejahung des Kriteriums führen.

**4.3.5** Schliesslich wurde dem Beschwerdeführer im Nachgang zum Unfallereignis vom 29. Juni 2017 initial eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 5. Juli 2017 attestiert (AB 13/3). In der Folge wurde vom Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ bzw. dem behandelnden Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_\_ diese vollständige Arbeitsunfähigkeit durchwegs verlängert (vgl. AB 36/1 f., 173/2, 174/2, 270/1; vgl. für die Dauer der stationären Behandlung AB 36/3 f.), wobei für die undifferenzierte Annahme einer über zwei Jahre hinweg persistierenden vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit den Berichten der behandelnden Ärzte keine nachvollziehbare Begründung entnommen werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen auf den subjektiven Beschwerdeangaben beruht, ohne dass diese durch eine damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befundlage erklärt würden (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Zudem war es dem Beschwerdeführer offensichtlich möglich, nach dem Unfallereignis vom 29. Juni 2017 bereits am 24. Juli 2017 seine Eingliederungsbeschäftigung bei der N.\_\_\_\_\_ -Genossenschaft wieder aufzunehmen und bis zum Abschluss der Massnahme per 5. September 2017 ein Pensum von knapp 60 % zu erreichen; eine Steigerung vollzog er trotz Aufforderung der Invalidenversicherung zur Schadenminderung nicht (vgl. AB 56). Den Akten sind jedoch darüber hinaus bis zum Fallabschluss keine anderweitigen ernsthaft-

ten Anstrengungen, eine zumindest teilweise Arbeitsfähigkeit zu erlangen (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 130; SVR 2009 UV Nr. 13 S. 56 E. 7.7.1), zu entnehmen. Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen kann somit – wenn überhaupt – höchstens in allgemeiner, jedoch nicht in besonderer Form bejaht werden.

**4.4** Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass von den sieben relevanten Adäquanzkriterien keines in ausgeprägter Weise und höchstens zwei Kriterien in einfacher Form erfüllt sind. Demzufolge ist ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 29. Juni 2017 und den über den Fallabschluss per 30. September 2018 hinaus geklagten, organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden zu verneinen. Weiterer medizinischer Abklärungen bedarf es nicht.

## **5.**

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Januar 2019 (AB 283) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen.

## **6.**

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

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**6.3** Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege:

**6.3.1** 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 Voraussetzun-

gen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder 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, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Ob und unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung besteht, beurteilt sich nach Bundesrecht; die Bemessung der Entschädigung der amtlichen Anwältin bzw. des amtlichen Anwalts richtet sich nach kantonalem Recht (BGE 141 I 70 E. 2.1 S. 72, 110 V 360 E. 1b S. 362).

**6.3.2** Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist aufgrund der Akten ausgewiesen (vgl. Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 5. März 2019 [in den Gerichtsakten] sowie die entsprechenden Beilagen [BB 26]). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverbeiständung ist zu bejahen. Somit sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt. Das entsprechende Gesuch des Beschwerdeführers ist gutzuheissen und es ist ihm Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin beizuordnen.

**6.3.3** 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 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 18. Januar 2019 macht Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ einen Aufwand von 19.65 Stunden zuzüglich Auslagen von

Fr. 185.80 geltend, entsprechend einem Honorar von Fr. 5'506.16 (inkl. MWSt.). Neben dem Umstand, dass die Kostennote nicht zu entschädigende vorprozessuale Aufwendungen enthält, erweist sich der geltend gemachte zeitliche Aufwand von annähernd 20 Stunden angesichts der lediglich durchschnittlichen Komplexität und Schwierigkeit der sich stellenden Fragen und der nicht besonders umfangreichen Aktenlage sowie auch im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als klar zu hoch. Dies hat umso mehr zu gelten, als die Rechtsvertreterin zufolge des vorgängig eingeleiteten IV-Beschwerdeverfahrens (Verfahrensnummer: IV/2018/119) bereits von daher umfangreiche Aktenkenntnis hatte und der Aufwand daher geringer ausgefallen ist. Zudem ist festzustellen, dass die geltend gemachten Aufwendungen im Zusammenhang mit der Replik zu einem wesentlichen Teil auf wiederholende Ausführungen sowie Vorbringen zu offenkundig ausserhalb des zu beurteilenden Streitgegenstandes liegenden Sachverhalten (vgl. dazu E. 1.2 hiervor) zurückzuführen sind. Diese unnötigen Aufwendungen sind nicht zu entschädigen. Die Parteientschädigung ist daher ermessensweise pauschal auf Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen und Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272; vgl. Art. 113 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ wird gutgeheissen.

3. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteien-schädigung zugesprochen.
4. Das amtliche Honorar wird in diesem Verfahren pauschal auf Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt und Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils die entsprechende Entschädigung aus der Gerichtskasse vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Suva (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 12. Januar 2020)
  - Bundesamt für Gesundheit
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-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.