

BL_GERICHTE 725 20 174/290 vom 26. November 2020

BL Gerichte, 2020-11-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_20_174_290

FR: BL_GERICHTE 725 20 174/290 du 26 novembre 2020

IT: BL_GERICHTE 725 20 174/290 del 26 novembre 2020

Regeste

Leistungen/unentgeltliche Verbeiständung

Erwägungen

E. 2

Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für den Unfall vom 29. Januar 2019 grundsätzlich anerkannt. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Mobiliar ihre Leistungen zu Recht per 28. Februar 2019 eingestellt hat. Die Beschwerdeführerin beantragt die Ausrichtung von Taggeldern und Heilungskosten über den 28. Februar 2019 hinaus bis 31. März 2020 und danach die Prüfung der Ausrichtung langfristiger Leistungen.

E. 2.1

Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist und sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 2.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 im Sinne einer Teilursache zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 337 E. 1 mit weiteren Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 2.3

Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifestiert bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). 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 (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante auch Anspruch auf eine zweckgemässe Behandlung, welche operative Eingriffe umfassen kann (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juni 2012, 8C_956/2011, E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 2.4

Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) degenerativer

Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125), und zwar selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung hat, die auch operative Eingriffe miteinschliesst, wenn diese im Gesamtkontext gesehen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Schmerzen dient und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008). Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3).

3.1 Für die Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die Verwaltung bzw. das Gericht regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen

bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

E. 4

In vorliegender Angelegenheit liegen im Wesentlichen folgende relevanten medizinischen Unterlagen vor:

E. 4.1

Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 30. Januar 2019 vom C.____-Spital wird im Wesentlichen ausgeführt, es sei am 29. Januar 2019 zu einem Auffahrunfall gekommen. Die Erstuntersuchung habe am nächsten Tag stattgefunden. Es sei zu einer Heckauffahrkollision gekommen. Die Versicherte hätte sich den Kopf an der Kopfstütze angeschlagen. Sie wäre auf die Kollision gefasst gewesen, gerade Kopfstellung. Die Sicherheitsgurte wären getragen worden, der Airbag wäre nicht ausgelöst worden. Zu einer Bewusstlosigkeit, einer Gedächtnislücke sei es nicht gekommen, dagegen aber zu einer Angst- und Schreckreaktion. Sie hätte nach dem Unfall als Lenkerin mit dem Unfallauto noch weiterfahren können. Die Schmerzen wären nach vier Stunden aufgetreten. Zusätzlich Übelkeit, Erbrechen, Hörstörung, Sehstörung, Schlafstörung seien nicht geäußert worden. Andere Symptome seien nicht beklagt worden. Im Sommer 2018 habe sie schon einen Unfall mit HWS-Beteiligung gehabt ohne Folgeprobleme. Behandlungsbedürftige Beschwerden hätten vor dem Unfall nicht bestanden. Die zervikale Beweglichkeit sei für die Rotation mit je 45° eingeschränkt, für die Flexion/Extension wie für die Seitneigung nicht. Die Versicherte habe zusätzlich Schmerzen der Lendenwirbelsäule beklagt. Die neurologische Untersuchung habe unauffällige Befunde ergeben, insbesondere hätten keine Parästhesien, keine sensiblen Defizite bestanden. Die Muskelkraft sei in Ordnung gewesen, der Unterberger-Tretversuch sei normal ausgefallen.

E. 4.2

Das Röntgen der LWS a.p. und lateral vom 30. Januar 2019 im C.____-Spital ergibt als Befund: Keine frische ossäre Läsion. Rechtskonvexe Skoliose und ventraler Übergang der LWS. Dorsales Alignment des thorakolumbalen Übergangs und der gesamten LWS erhalten.

E. 4.3

Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, hält in seiner handschriftlichen Aufzeichnung vom 4. Februar 2019 als Stellvertreter des Hausarztes Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, bei der Patientin würden jetzt starke Rückenschmerzen distal LWS (Ausstrahlung in die Beine) und an der Schulter links bestehen.

E. 4.4

Mit Austrittsbericht des C.____-Spitals, Interdisziplinäre Notfallstation, vom 5. Februar 2019 wird in Bezug auf die Konsultation vom 30. Januar 2019 als Diagnose ein Verkehrsunfall mit lumbalen Rückenschmerzen angegeben. Erst im Verlauf der Nacht nach dem Unfall seien dumpfe Kopfschmerzen und lumbale Rückenschmerzen aufgetreten. Die Patientin habe im Sommer schon praktisch dasselbe durchgemacht, habe davon aber keine Beschwerden mehr. Damals sei sie Beifahrerin gewesen. Es gebe keine Hinweise auf ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma, lumbal würde sich aus dem Röntgen ebenfalls keine ossäre Läsion zeigen.

E. 4.5

Dr. med. E.____ diagnostiziert am 14. Februar 2019 eine Kontusion des Rückens und hält eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 30. Januar 2019 voraussichtlich bis 26. Februar 2019 fest.

E. 4.6

Mit Sprechstundenbericht des C.____-Spitals vom 28. März 2019 wird ausgeführt, unter analgetischer Therapie seien die Schmerzen im LWS-Bereich regredient gewesen. Die Patientin verspüre aber intermittierend Kribbelparästhesien am ventralen Oberschenkel bis zum Fuss ziehend. Zudem habe sie das Gefühl, dass die Kraft im linken Bein etwas weniger geworden sei. Sie beschreibe die Schmerzen im LWS-Bereich links paravertebral als stechend mit VAS 5-6/10. Die analgetische Therapie habe sie bereits stoppen können und sie nehme bei Bedarf noch Novalgin oder Dafalgan ein. Eine Physiotherapie habe nicht stattgefunden. Sie arbeite bereits seit circa einem Monat wieder in der Pflge als Nachtwache. Nach der Arbeit habe sie zunehmend die Kribbelparästhesien im linken Bein. Als Befund wird festgehalten: Symmetrisches Gangbild. Zehenspitzen- und Hackengang gut demonstrierbar. Druckdolenz im Bereich LWK 2/3 sowie im ISG linksseitig. Keine Druckdolenz paravertebral. Trendelenburg-Test beidseits negativ. Die Sensibilität der unteren Extremitäten sei seitengleich intakt. Die Kraft Hüftbeuger linksseitig M4, rechts M5, die restlichen Kennmuskeln seien beidseits M5. Aufgrund der seit längerem bestehenden Beschwerdesymptomatik mit zunehmenden Kribbelparästhesien im linken Bein werde eine weiterführende Diagnostik mittels MRI LWS inklusive ISG zum Ausschluss von Nervenwurzelaffektionen empfohlen

E. 4.7

Im Bericht des C.____-Spitals vom 12. April 2019 wird zum MRT LWS und ISG vom gleichen Tag ausgeführt: Regelrechte Form und Signalgebung der Wirbelkörper. Keine suspekten Höhenminderungen. Erhaltenes dorsales Alignment. Der Konus ende auf Höhe LWK 1/LWK 2. Keine Myelopathie. Regelrechte Trophik der autochthonen Rückenmuskulatur. Unauffällige Darstellung des teilerfassten Retroperitoneums. Zu LWK 1 bis SWK 1: Keine höhergradigen Facettengelenksarthrosen. Verdacht auf kleinen Riss des Anulus fibrosus LWK 4/5 links foraminal, insgesamt aber keine relevante Bandscheibenherniation, keine Spinalkanalstenose. Keine foraminale oder recessale Nervenwurzelaffektion. Zum ISG: Regelrechte Darstellung der ISG. Kein abgrenzbares subchondrales Ödem. Kein Frakturachweis.

E. 4.8

Mit Sprechstundenbericht des C.____-Spitals vom 26. April 2019 wird ein radikuläres, sensomotorisches Reiz- und Ausfallsyndrom betont L5/S1 links mit/bei Status nach Verkehrsunfall am 29. Januar 2019 diagnostiziert. Die Patientin berichte über gleichbleibende Beschwerden im Sinne von intermittierenden Kribbelparästhesien im Bereich des dorsolateralen linken Oberschenkels, Unterschenkels sowie am linken Fussrücken. Ebenfalls bestünde nach wie vor eine leichte Schwäche in der Hüftbeugemuskulatur links. Schmerzmittel nehme sie gelegentlich in Form von Dafalgan. Seit dem 28. Februar 2019 arbeite sie wieder zu 100% (40%-Stelle). Für die Arbeit benötige sie jedoch ein Mieder, welches sie dementsprechend zur Arbeit konsequent trage. Als Befund wird ein hinkfreies Gangbild angegeben. Kraft in den Kennmuskeln der unteren Extremität allseits M5 bis auf Hüftbeuger links M4. Sensibilität allseits intakt im

Seitenvergleich, bis auf intermittierende Kribbelparästhesien am dorsolateralen linken Oberschenkel sowie Unterschenkel und am Fussrücken links. Diese seien mehrmals täglich vorhanden. Zehenspitzen- sowie Hackenstand problemlos durchführbar. Kein Klopf- oder Druckschmerz im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Es werde aufgrund bestehender Spritzenphobie die physiotherapeutische Beübung beschlossen. Bei Ausbleiben des Erfolgs werde eine mögliche CT-gesteuerte periradikuläre Infiltration der Wurzel L5 links besprochen.

E. 4.9

Gemäss Eintragung im Unfallschein UVG ist die Versicherte ab 29. Mai 2019 wieder zu 100% arbeitsunfähig.

E. 4.10

Mit Schreiben vom 26. Juni 2019 berichtet das C.____-Spital zu Handen der Mobiliar mit inhaltlich dem Sprechstundenbericht vom 26. April 2019 im Wesentlichen entsprechenden Angaben. Die letzte Konsultation habe am 25. Juni 2019 stattgefunden mit persistierenden Beschwerden, welche vor allem durch die Kribbelparästhesien im linken Bein störend seien. Der Patientin sei eine therapeutisch-diagnostische CT-gesteuerte Infiltration der Nervenwurzel L5 links empfohlen worden. Bei einer allfälligen Befundverschlechterung wäre auch eine neurologische Abklärung in Erwägung zu ziehen. Es würden im Heilungsverlauf keine unfallfremden Faktoren mitspielen. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei nicht möglich.

E. 4.11

Der beratende Arzt der Mobiliar Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie, diagnostiziert mit auf die Akten abgestütztem Kurzbericht vom 31. Juli 2019 einen Status nach Heckkollision. Bei der versicherten Person würden Vorzustände bestehen. Laut MRI vom 12. April 2019 liege ein kleiner Riss des Anulus fibrosus L4/5 links vor. Zum Unfallzeitpunkt und danach hätten keine Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik bestanden. Erst am 26. März 2019 habe es Hinweise auf eine traumatische Discushernie L4/5 gegeben. Die gesundheitlichen Störungen würden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückgehen. Der Status quo ante bzw. sine sei per 28. Februar 2019 erreicht.

E. 4.12

Nachdem am 6. August 2019 eine CT-gesteuerte Infiltration der foraminale Nervenwurzel L5 links stattgefunden hatte, berichtet das C.____-Spital am 21. August 2019. Die Patientin habe nach der Infiltration keine Besserung der Beschwerden verspürt, nach wie vor habe sie Schmerzen insbesondere beim Sitzen und Stehen, Liegen führe zu einer Besserung der Beschwerden. Analgetisch nehme sie Tramal, dies helfe ihr zwar gut, sie sei danach jedoch sehr "verladen". Der Schmerz würde von der LWS linksseitig bis in die Grosszehe hinabstrahlen. In der Beurteilung wird festgehalten, die Patientin schildere anamnestisch sowohl eine L5- als auch eine S1-Symptomatik.

E. 4.13

Mit Schreiben vom 22. August 2019 an die Versicherte führt das C.____-Spital aus, aus dem Austrittsbericht vom 30. Januar 2019 (Notfall-Station) sei ersichtlich, dass sie vorher keine Beschwerden gehabt habe, ansonsten gesund sei, keine Medikamente einnehme und im Sommer 2018 ein ähnlicher Unfallmechanismus stattgefunden habe. Bildmorphologisch

ergebe sich in der MRI vom 12. April 2019 der Verdacht auf einen kleinen Riss im Anulus fibrosus LWK4/5 ohne Bandscheiben-Herniation oder Spinalkanalstenose. Ebenfalls keine foraminale oder recessale Wurzeleinengung. In der letztmaligen Konsultation vom 25. Juni 2019 habe die Patientin einen Druckpunkt im Bereich des ISG sowie persistierende Kribbelparästhesien L5 links beschrieben. Dies könne im Sinne degenerativer Veränderungen vorbestehend sein und durch das Trauma symptomatisch geworden sein. Ob diese durch das Trauma entstanden seien, lasse sich nicht sagen, da dies eine Bildgebung kurz vor dem Unfall voraussetzen würde, welche aber nicht vorliege.

E. 4.14

Im Auftrag der X.____-Versicherungen gibt deren beratender Arzt Dr. med. G.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, am 26. August 2019 eine medizinische Lagebeurteilung ab. Zur Frage des Kausalzusammenhangs zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis vom 29. Januar 2019 führt Dr. G.____ aus, die LWS-Beschwerden seit anfangs März 2019 seien derzeit möglicherweise auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die mittels MRI der LWS erhobenen Befunde würden nicht daraufhin weisen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine kontusionsbedingte Schädigung von Teilen der unteren Wirbelsäule oder der Nervenwurzeln im Lumbosakralbereich ausgelöst worden wären. Ob der medizinische Endzustand erreicht sei, sei noch unsicher. Seines Erachtens dürfte der Endzustand in den nächsten zwei bis drei Monaten noch nicht erreicht werden. Weiter führte Dr. G.____ aus, aus allgemeiner Erfahrung würden leichte Auffahrunfälle oft zu vorübergehenden Beschwerden im Bereich der HWS führen, praktisch nie aber zu Beschwerden im Bereich der unteren Wirbelsäule. Beim Beruf als Pflegerin sei der Verdacht gross, dass bereits durch die beruflichen Belastungen krankheitsbedingte LWS-Beschwerden als Vorzustand bekannt gewesen seien. Dass LWS-Beschwerden nach diesem eher leichten bis höchstens mittelschweren Auffahrunfall in der ersten Nacht nach dem Unfallereignis aufgetreten sein sollten, welche vorher nie bestanden hätten, sei zwar möglich, aber eher unwahrscheinlich. Die Beschwerden der unteren LWS mit Ausstrahlungen ins linke Bein müssten nicht nur abgeklärt werden (was erfolgt sei), viel mehr müsste anamnestisch erhoben werden, welche Behandlungen in den letzten zehn Jahren im Bereich der Wirbelsäule durchgeführt worden seien, damit die Situation eines allfälligen Vorzustandes aufgeklärt werden könne. Ein Kausalzusammenhang zwischen der Irritation der unteren Wirbelsäule bei Tragen der Gurten und ohne Auslösung des Airbags und den über Monate anhaltenden LWS-Beschwerden mit radikulären Auswirkungen sei nicht überwiegend wahrscheinlich. LWS-Beschwerden durch eine indirekte Kontusion oder Irritation der unteren Wirbelsäule - wie sie bei diesem Unfallereignis stattgefunden habe - hätten nach zwei bis drei Wochen abklingen müssen. Der hier eingetretene Verlauf erhärte den medizinischen Verdacht auf einen Vorzustand, welcher durch die beruflich belastete LWS-Region bedingt sein könnte.

E. 4.15

Mit Aktenbeurteilung vom 25. September 2019 führt Dr. F.____ als beratender Arzt der Mobiliar aus, im Bericht des C.____-Spitals vom 21. August 2019 werde ein sensomotorisches Reiz- und Ausfallsyndrom L5/S1 dokumentiert, obwohl im klinischen Befund die Sensibilität und die Motorik, bis auf eine schmerzbedingte Einschränkung beim Zehenspitzenstand links, unauffällig seien. Nach nochmaliger Durchsicht der medizinischen Unterlagen ergebe sich, dass zum Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 29. Januar 2019 und zeitnah keine radikuläre Symptomatik habe nachgewiesen werden können.

Im MRI vom 30. Januar 2019 hätten keine Bandscheibenvorfälle, nur Protrusionen ohne Wurzelkompression festgestellt werden können.

E. 4.16

Nach einer weiteren CT-gesteuerten Infiltration epidural LWK 4/5 vom 19. September 2019 berichtet das C.____-Spital am 10. Oktober 2019, die Patientin habe angegeben, dass die nun durchgeführte Infiltration eine doch wesentliche Besserung der Schmerzsymptomatik im Bereich der Lendenwirbelsäule mit sich geführt habe.

E. 4.17

Mit Arztbericht des C.____-Spitals vom 28. Oktober 2019 wird ausgeführt, dass die Patientin auf der Basis eines degenerativen Vorschadens, insbesondere auf Höhe LWK 4/5, nach einer Traumatisierung durch einen Verkehrsunfall vom 29. Januar 2019, zunehmend Beschwerden im lumbosacralen Übergang entwickelt habe. Die Patientin solle sich mit ihrem Arbeitgeber in Verbindung setzen zur Abklärung eines möglichen Arbeitsplatzes mit reduzierter Belastung. Dies sei aus ärztlicher Sicht zu unterstützen, da die Patientin im MRI der Lendenwirbelsäule vom 12. April 2019 einen Riss des Anulus fibrosus LWK4/5 foraminal zeige und dies als degenerativer Vorschaden gewertet unter Belastung eine Verschlechterung erfahren könne.

E. 4.18

Mit Schreiben vom 28. November 2019 berichtet das C.____-Spital von der Sprechstunde vom 26. November 2019. Die Patientin habe sich ausserplanmässig vorgestellt. Sie berichte, dass sie letzten Monat wie geplant den Arbeitsversuch im Rahmen einer Nachtschicht im Alters- und Pflegeheim wahrgenommen habe. Sie habe drei Nächte in Folge gearbeitet. Dies habe bereits in der ersten Nacht zu einer deutlichen Beschwerdeprogredienz geführt, sie habe während des Dienstes Schmerzmedikamente nehmen müssen. Als Befund wird festgehalten: Flüssiges Gangbild. Sensibilität in der unteren Extremität im Seitvergleich intakt. Kraft im Bereich der Kennmuskeln M5, im linken Bein jedoch mit Schmerzangabe bei Kniestrecker und Hüftbeuger. Zehenspitzenstand möglich. In der Beurteilung wird angegeben, leider sei der Arbeitsversuch als Krankenpflegerin im Alters- und Pflegeheim gescheitert.

E. 4.19

Im Auftrag der Mobiliar erstellt Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Schweizerisches Zentrum für medizinische Abklärungen und Beratungen (I.____ AG), am 6. Dezember 2019 ein Assessment Orthopädie. Darin wird in zusammenfassender Beurteilung ausgeführt, nach dem Verkehrsunfall sei am 30. Januar 2019 eine Röntgenuntersuchung der LWS durchgeführt worden, welche keinen pathologischen Befund erbracht habe, insbesondere keine Unfallfolgen. Nach eigenen Angaben habe anschliessend eine 4-wöchige Arbeitsunfähigkeit bestanden, die grösstenteils durch den Hausarzt attestiert worden sei. Ausweislich der Akten und der eigenen Angaben habe die Versicherte vom 28. Februar bis 28. Mai 2019 in einem Pensum von 100% gearbeitet. Ab dem 28. Mai 2019 werde dann mit kurzen Unterbrechungen eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis Ende 2019 attestiert. Die klinischen Untersuchungsbefunde anlässlich der vorliegenden gutachterlichen Untersuchung seien völlig unauffällig gewesen. Das linksseitige Schonhinken sei inkonsistent demonstriert worden und sei vor dem Hintergrund der klinischen Untersuchungsbefunde nicht nachzuvollziehen. Die Beweglichkeit der HWS, BWS oder

LWS sei uneingeschränkt, keine neurologischen Auffälligkeiten, keine zu objektivierenden Veränderungen, die die von der Versicherten angegebenen Schmerzen objektivieren könnten. Auffällig sei gewesen, dass die Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte der Wirbelsäule beim An- und Auskleiden, insbesondere der Schuhe, völlig unauffällig und altersentsprechend gezeigt worden sei. Insgesamt hätten sich klinisch keine Auffälligkeiten der Wirbelsäule ergeben. Auch die bildgebenden Untersuchungen, das heisst die Röntgenuntersuchung am 30. Januar 2019 und die MRI-Untersuchung der LWS und der ISG am 12. April 2019 könnten die von der Versicherten durchgehend geschilderte Beschwerdesymptomatik nicht erklären. Beide Beine seien seitengleich bemuskelt, keine Hinweise für eine schmerzhaft Belastungseinschränkung der linken unteren Extremität. Anzumerken sei, dass die Sprechstundenberichte des C.____-Spitals jeweils die subjektive Beschwerdesymptomatik mitteilen würden. Unter Befund sei jeweils sehr knapp eine unauffällige klinische Untersuchung dokumentiert. Insofern könne eine Arbeitsunfähigkeit auch retrospektiv nicht nachvollzogen werden. Die Arbeitsfähigkeit sei weder in der bisherigen noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt. Zur Kausalitätsfrage äussert sich der Bericht von Dr. H.____ nicht.

E. 4.20

Dr. med. K.____, FMH Chirurgie, berichtet am 24. Februar 2020 zu Händen der Mobiliar. Es handelt sich dabei um eine Aktenbeurteilung. Im Wesentlichen gestützt auf theoretische Überlegungen zu Auffahrunfällen gelangt Dr. K.____ zum Schluss, die Versicherte habe eine relativ harmlose Auffahrkollision erlitten, mit dem lumbal ausgelöste Beschwerden nicht erklärbar seien. Festzuhalten sei, dass es mit dieser Kollision zu einer stabilen Verlagerung des Rumpfes in die Rückenlehne gekommen sei. Es könne nicht von einer Kontusion der LWS ausgegangen werden. Die geäusserten Beschwerden der Versicherten seien weder biomechanisch noch strukturell erklärbar, zumal initial sehr wechselhafte Beschwerden angegeben worden seien. Beim Hausarzt sei initial ein Kribbeln in beiden unteren Extremitäten angegeben worden. Dann habe die Versicherte in der Folge ventrale Kribbelparästhesien im linken Oberschenkel geäussert. Diese Beschwerden seien noch im MRI der LWS vom 12. April 2019 dokumentiert worden. Die Kribbelparästhesien hätten dann von vorne nach hinten seitlich gewechselt und seien von den Orthopäden des C.____-Spitals als radikuläres sensomotorisches Reiz- und Ausfallsyndrom L5/S1 links interpretiert worden. Die Versicherte habe bereits wieder am 28. Februar 2019 arbeiten können, dies in der Folge für drei Monate. Dies entspreche auch dem natürlichen Heilverlauf einer allenfalls diskreten muskulären Schädigung der HWS mit einer temporär reaktiven muskulären Dysbalance. Die Mobiliar habe aufgrund dieses Wiedereinstiegs in die Arbeit zu Recht einen Status quo ante definiert. Beschwerden von Seiten des kraniozervikalen Beschleunigungstraumas seien vollständig abgeklungen. Dagegen seien lumbale Beschwerden aufgetreten, die nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Unfall vom 29. Januar 2019 begründet werden könnten, dies nicht ansatzweise. Zu hinterfragen sei aber prinzipiell die Diagnose des radikulären sensomotorischen Reizsyndroms L5/S1. Dieses sei nie bildgebend gesichert worden. Entsprechende sensomotorische Ausfälle liessen sich den Berichten nicht entnehmen. Wie bereits von Dr. H.____ festgestellt worden sei, seien die erhobenen Untersuchungsbefunde im C.____-Spital rudimentär und zum Teil auch falsch. Eine abgeschwächte Hüftbeugung sei nur auf eine Abschwächung des Musculus iliopsoas und des Rectus femoris zurückzuführen. Diese seien für die Hüftflexion zuständig. Die dafür notwendige Innervation erfolge aber über Nerven, die den Segmenten L1 bis L3 entspringen würden,

aber keineswegs einem Nerv, der dem Segment L5/S1 zuzuordnen sei. Es würden Reflexuntersuchungen, neuromeningeale Dehnungstests, Bewegungsmessungen etc. fehlen. Zudem sei die Wechselhaftigkeit der Kribbelparästhesien nicht angemessen berücksichtigt worden. Die Untersuchung von Dr. H.____ bzw. sein Bericht vom 6. Dezember 2019 sei seines Erachtens korrekt, seine Befunde seien eindeutig. Das klinische Bild der Versicherten lasse sich traumatologisch-orthopädisch nicht begründen. Anzumerken sei, dass sich im MRI vom 12. April 2019 ein kleiner Riss im Anulus fibrosus auf Höhe L4/L5 dargestellt habe, aber ohne Herniation. Betroffen sei auch nicht das Segment L5/S1, für das aber klinisch ein sensomotorisches Reizsyndrom postuliert worden sei.

E. 5

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung der Unfallkausalität im Wesentlichen auf das Aktengutachten von Dr. K.____ vom 24. Februar 2020 abgestellt und ist davon ausgegangen, dass der Status quo ante vel sine am 28. Februar 2019 erreicht war. Folglich hat sie ihre Leistungen auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt.

E. 5.1

Vorweg ist festzuhalten, dass sich kein unabhängiges Gutachten bei den Akten befindet. Es liegen im Wesentlichen zwei Beurteilungen von Dr. F.____, dem beratenden Arzt der Mobiliar, vom 31. Juli und vom 25. September 2019, eine Stellungnahme des beratenden Arztes der X.____-Versicherungen Dr. G.____ vom 26. August 2019, ein sogenanntes Assessment Orthopädie von Dr. H.____, I.____ AG, vom 6. Dezember 2019 sowie die Aktenbeurteilung von Dr. K.____ zu Handen der Mobiliar vom 24. Februar 2020 vor. Gestützt auf die vorliegenden Akten ist unklar, unter welchen Umständen der Auftrag an Dr. H.____ erteilt wurde. Ersichtlich ist, dass die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 19. November 2019 an die Beschwerdegegnerin gelangte und mitgeteilt hat, ihre Mandantin habe seitens der I.____ AG ein Aufgebot erhalten. Sie beantragte, dass der Auftrag unter Einhaltung der Anforderungen von Art. 44 ATSG zu wiederholen sei. Ob aufgrund dieses Schreibens der Verfahrensablauf gemäss Art. 44 ATSG eingehalten wurde, ist nicht ersichtlich. In den Akten befindet sich in der Folge lediglich eine E-Mail der Beschwerdeführerin an die Rechtsvertreterin vom 18. Dezember 2019, wonach die Untersuchung lediglich 5 Minuten gedauert habe. Auf welche Akten sich Dr. H.____ stützt, ist aus seinem Bericht nicht zu ersehen. Die vom C.____-Spital am 26. Juni 2019 empfohlenen Infiltrationen, die dann am 21. August und 19. September 2019 durchgeführt wurden, werden in diesem Bericht jedenfalls nicht erwähnt. Zur Aktenbeurteilung von Dr. K.____ ist zu erwähnen, dass diese der Beschwerdeführerin erst zusammen mit dem Einspracheentscheid zugestellt wurde, was eine Verletzung des rechtlichen Gehörs zur Folge hat. Neben diesen ärztlichen Unterlagen liegen noch diverse Berichte des behandelnden C.____-Spitals und des behandelnden Hausarztes bei den Akten.

E. 5.2

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann gestützt auf die vorliegenden Akten der Fall nicht abschliessend beurteilt werden. Die Stellungnahmen des Vertrauensarztes Dr. F.____ vom 31. Juli und vom 25. September 2019 sind ausgesprochen kurz und Dr. F.____ befasst sich in seinem zweiten Bericht nicht damit, dass nach der (ersten) Infiltration keine Besserung der Beschwerden aufgetreten ist. Er beschränkt seine kurzen Ausführungen auf die Frage der radikulären Symptomatik. Er geht aber nicht auf die

von der Beschwerdeführerin geäusserten lumbalen Beschwerden ein. Dr. F.____ geht zudem fälschlicherweise davon aus, dass am 30. Januar 2019 ein MRI durchgeführt worden sei. Des Weiteren geht er auch nicht auf den Bericht von Dr. G.____ vom 26. August 2019 ein, wonach der Endzustand in den nächsten 2-3 Monaten erreicht werde. Dr. H.____ geht in seinem Assessment Orthopädie vom 6. Dezember 2019 fälschlicherweise davon aus, dass die Beschwerdeführerin vom 28. Februar bis zum 28. Mai 2019 in einem 100%-Pensum gearbeitet habe. Wie bereits ausgeführt, ist auch unklar, welche Unterlagen Dr. H.____ vorgelegen haben. Er scheint den Schluss zu ziehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, da sie vom 28. Februar bis 28. Mai 2019 in einem Pensum von 100% gearbeitet habe und die anlässlich der Untersuchung vom 2. Dezember 2019 geschilderten Beschwerden nicht nachvollzogen werden könnten, nicht eingeschränkt sei. Abgesehen davon, dass Dr. H.____ in Bezug auf das Arbeitspensum von falschen Voraussetzungen ausgeht, kann seinem Bericht auch nicht entnommen werden, ab wann eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen soll bzw. wie sich der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit darstellt. Vor allem aber ist zu beachten, dass sich Dr. H.____ nicht zur hier relevanten Kausalitätsfrage äussert. In Bezug auf das Aktengutachten von Dr. K.____ ist mit der Beschwerdeführerin festzuhalten, dass dieser im Wesentlichen theoretische Überlegungen zur Unfallkausalität bei Auffahrunfällen anstellt. Falsch ist die Aussage von Dr. K.____, dass die Beschwerden von Seiten des kraniozervikalen Beschleunigungstraumas vollständig abgeklungen seien und dagegen lumbale Beschwerden aufgetreten seien. Die Beschwerdeführerin hat nach dem Unfall bereits bei der Erstuntersuchung auf der Notfall-Station neben Kopf- und Nackenschmerzen explizit auch über Schmerzen im Bereich der LWS geklagt. Des Weiteren hält Dr. K.____ zwar als Anmerkung fest, dass sich im MRI vom 12. April 2019 ein kleiner Riss im Anulus fibrosus auf Höhe L4/L5 dargestellt habe. Er nimmt aber nicht dazu Stellung, wie sich dies - falls dies als Vorzustand zu werten wäre - auf die Kausalitätsfrage ausgewirkt haben könnte. Des Weiteren erwähnt er die vorgenommenen Infiltrationen und die Tatsache, dass die zweite Infiltration zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands geführt hatte, in seiner Fallbeurteilung nicht. Weiter kritisiert Dr. K.____, dass aufgrund der erhobenen Befunde die Diagnose einer Kompression der Nervenwurzel L5 gestellt worden sei. Dies sei nicht haltbar. Dr. G.____ hingegen hat in seiner medizinischen Lagebeurteilung vom 26. August 2019 die bisherigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen - folglich auch die Diagnose eines radikulären, sensomotrischen Reiz- und Ausfallsyndroms betont L5/S1 - als zweckmässig und geeignet bezeichnet. Auch ist Dr. K.____ zu widersprechen, wenn er ausführt, dass sich klinisch keine Auffälligkeiten gezeigt hätten. In den verschiedenen Berichten des C.____-Spitals werden beispielsweise Druckdolenzen im Bereich LWK2/3 sowie ISG linksseitig, intermittierende Kribbelparästhesien im Bereich des linken Ober- und Unterschenkels sowie am Fussrücken, leicht verminderte Kraft in der gesamten linken unteren Extremität im Bereich aller Kernmuskeln und Erschwerung des einbeinigen Zehenspitzenstands festgehalten. Aus der Aktenbeurteilung von Dr. K.____ geht nicht nachvollziehbar hervor, weshalb der Status quo ante vel sine am 28. Februar 2019 erreicht sein soll. Dr. K.____ scheint davon auszugehen, dass die Arbeitsaufnahme ab 1. März 2019 den Wegfall der Unfallkausalität als überwiegend wahrscheinlich erscheinen lässt. Die Beschwerdeführerin führt diesbezüglich zu Recht an, dass Dr. K.____ nicht berücksichtigt habe, dass sie lediglich im Umfang eines Teilzeitpensums von 54% bzw. gemäss ihren Angaben ab 1. April 2019 sogar nur noch 40% tätig war und wegen ihrer Schmerzen während der Arbeit ein Stützmiuder getragen hat. Des Weiteren ergibt sich aus den

Unterlagen, dass die Beschwerdeführerin bereits wenige Stunden nach dem Unfallereignis und auch über ihren Arbeitsbeginn am 1. März 2019 hinaus über lumbale Schmerzen geklagt hat. Auch bei ihrer ersten ärztlichen Untersuchung nach Aufnahme ihrer Arbeitstätigkeit am 26. März 2019 klagte sie explizit weiterhin über Schmerzen im LWS-Bereich sowie nun auch über Kribbelparästhesien.

E. 6

Unbestritten ist, dass am 29. Januar 2019 ein Unfallereignis stattgefunden hat, welches bei der Beschwerdeführerin zu Beschwerden und zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht grundsätzlich bejaht und anfänglich auch Versicherungsleistungen erbracht. Sie lehnt jedoch eine über den 28. Februar 2019 hinausgehende Leistungspflicht im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung von Dr. K.____ ab.

E. 6.1

Will die Beschwerdegegnerin bei dieser Ausgangslage ihre Leistungen einstellen, so liegt die Beweislast für den Wegfall des Kausalzusammenhangs bei ihr (vgl. oben E. 2.3). An die Beweiswürdigung sind strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie hier ohne Einholung eines externen Gutachtens im Verfahren nach Art. 44 ATSG entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 3.2 hiervor und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Vorliegend ergeben sich aus den Berichten des C.____-Spitals sowie von Dr. E.____ Zweifel an der Schlüssigkeit der Kausalitätsbeurteilung von Dr. K.____ und der weiteren vorliegenden medizinischen Berichte (vgl. E. 5 hiervor).

E. 6.2

Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass vorliegend bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts nicht auf die vorliegenden ärztlichen Beurteilungen abgestellt werden kann. Demzufolge ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan, dass die geklagten Beschwerden ab 28. Februar 2019 nicht mehr auf das Unfallereignis zurückgeführt werden können. Stattdessen sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Frage, ob bzw. bis wann die bei der Beschwerdeführerin bestehenden Beschwerden auf das Unfallereignis vom 29. Januar 2019 zurückgeführt werden können, durch einen versicherungsexternen Facharzt bzw. eine Fachärztin im Verfahren nach Art. 44 ATSG gutachterlich abklären zu lassen haben. Anschliessend wird sie gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

E. 7

Des Weiteren ist strittig, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 6. Mai 2020 das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung zu Recht abgelehnt hat.

E. 7.1

Gemäss Art. 37 Abs. 4 ATSG wird der gesuchstellenden Person im Sozialversicherungsverfahren ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wo die Verhältnisse es erfordern. Kumulative Voraussetzungen für die unentgeltliche

Verbeiständung sind Bedürftigkeit, Nichtaussichtslosigkeit der Rechtsbegehren sowie sachliche Gebotenheit der Vertretung (BGE 132 V 200 E. 4.1). Bei den Voraussetzungen der finanziellen Bedürftigkeit und der fehlenden Aussichtslosigkeit ist keine strengere Prüfung als im Gerichtsverfahren angebracht (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 37 Rz. 43). Demgegenüber ist die Voraussetzung der Erforderlichkeit der Vertretung für das Verwaltungsverfahren strenger zu prüfen als im Beschwerdeverfahren gemäss Art. 61 lit. f ATSG (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. April 2017, 8C_669/2016, E. 2.1, vom 10. April 2015, 8C_48/2015, E. 4.1, publ. in: ARV 2015 S. 161, und vom 24. Januar 2006, I 812/05, E. 4.3). Eine Rechtsprechung, die darauf hinauslief, in praktisch allen oder den meisten Verwaltungsverfahren die Notwendigkeit der anwaltlichen Vertretung zu bejahen oder diese unter den gleichen Voraussetzungen wie im Beschwerdeverfahren zu gewähren, stände im Widerspruch zur gesetzlichen Regelung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2018, 8C_240/2018, E. 3.2). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung im sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren namentlich mit Blick darauf, dass der Untersuchungsgrundsatz gilt, die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen also den rechtserheblichen Sachverhalt unter Mitwirkung der Parteien nach den rechtsstaatlichen Grundsätzen der Objektivität, Neutralität und Gesetzesgebundenheit zu ermitteln haben (Art. 43 ATSG, vgl. dazu BGE 136 V 377 E. 4.1.1), nur in Ausnahmefällen zu bejahen. Die Geltung des Untersuchungsgrundsatzes rechtfertigt somit einen strengen Massstab, schliesst aber die sachliche Gebotenheit der unentgeltlichen Verbeiständung nicht grundsätzlich aus (BGE 130 I 180 E. 3.2, 125 V 32 E. 4b). Es müssen sich schwierige Fragen rechtlicher oder tatsächlicher Natur stellen. Zu berücksichtigen sind die konkreten Umstände des Einzelfalls, Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie weitere Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens. Neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit des Sachverhalts fallen auch bei der versicherten Person liegende Gründe in Betracht, etwa ihre Fähigkeit, sich im Verfahren zurechtzufinden. Massgebend ist dabei auch die Frage, ob die Vertretung durch einen Sozialarbeiter bzw. eine Sozialarbeiterin oder durch Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen in Frage kommt (BGE 132 V 200, E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts vom 7. April 2017, 8C_669/2016, E. 2.1, vom 7. Juli 2016, 8C_676/2015, E. 7.1, nicht publ. in BGE 142 V 342, vom 14. Juni 2017, 9C_680/2016, E. 4.1.1, vom 6. April 2017, 9C_29/2017, E. 1 und vom 23. Februar 2016, 8C_931/2015, E. 3, publ. in: SVR 2016 IV Nr. 17 S. 50; vgl. auch KIESER, a.a.O., Art. 37 Rz. 37 ff.). Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Versicherten droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist (BGE 132 V 200 f. E. 4.1, 125 V 35 f. E. 4b; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 10. April 2015, 8C_48/2015, E. 2.2 und vom 22. Februar 2013, 9C_908/2012, E. 2.2; je mit Hinweisen).

E. 7.2

In Bezug auf die Frage der Nichtaussichtslosigkeit der Einsprache fällt auf, dass nur wenige und ausgesprochen kurze, allein auf die Akten gestützte medizinische Berichte des die Beschwerdegegnerin beratenden Arztes sowie der Bericht eines beratenden Arztes der X.____-Versicherungen vorlagen, welche sowohl den Berichten des Hausarztes als auch des C.____-Spitals in Bezug auf die Kausalität widersprachen. Erst in Folge der Einsprache hat die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen, zuerst bei Dr. H.____ und danach bei

Dr. K.____, in Auftrag gegeben. Diese Abklärungen erfolgten aufgrund der zutreffenden Rügen der Beschwerdeführerin. Demnach kann nicht von einer Aussichtslosigkeit der Einsprache im Zeitpunkt der Einspracheerhebung ausgegangen werden.

E. 7.3

Weiter hat die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 6. Mai 2020 darauf hingewiesen, dass auch die Voraussetzung der Notwendigkeit oder doch Gebotenheit einer anwaltlichen Verbeiständung nicht bejaht werden könne. Auch dieser Auffassung der Beschwerdegegnerin ist zu widersprechen. Die Beschwerdeführerin leidet an gesundheitlichen Beschwerden, deren Auswirkungen auf ihre Gesundheit und ihre Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Einspracheerhebung noch nicht absehbar waren. Aufgrund der unklaren medizinischen Situation und der komplexen rechtlichen Schwierigkeiten, insbesondere der Kausalitätsproblematik, die vorliegend im Raum stehen, wäre die Beschwerdeführerin ohne Unterstützung durch einen Rechtsvertreter überfordert gewesen. Auch scheint eine Vertretung durch einen Sozialarbeiter bzw. eine Sozialarbeiterin oder durch Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen bei der vorliegenden Problematik nicht in Frage zu kommen. Die Notwendigkeit des Beizugs einer anwaltlichen Vertretung ist folglich zu bejahen.

E. 7.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin die Einsprache zu Unrecht als aussichtslos bezeichnet hat und auch zu Unrecht die Gebotenheit der anwaltlichen Vertretung verneint hat. Nicht geäußert hat sich die Vorinstanz zur Frage der Bedürftigkeit im Zeitpunkt der Gesuchseinreichung. Demzufolge ist die angefochtene Verfügung aufzuheben, die Angelegenheit zur Abklärung der Bedürftigkeit im Zeitpunkt der Gesuchseinreichung und zur erneuten Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen. 8.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. 8.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht - wie hier - einen bei ihm angefochtenen Entscheid auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 11. August 2020 einen Zeitaufwand von insgesamt 15,55 Stunden geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von 250 Franken zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 131.40. Der Beschwerdeführerin ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'328.35 (15,55 Stunden x Fr. 250.-- und Auslagen in der Höhe von Fr. 131.40 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. 9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über

Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

9.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung - wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst - einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 648 E. 2.2, bestätigt im Urteil vom 30. Oktober 2008, 9C_567/2008, E. 2-4; vgl. auch das Urteil vom 19. Februar 2008, 9C_748/2007).

Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG vom 6. März 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG zurückgewiesen wird. 2. Die Verfügung der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG vom 6. Mai 2020 betreffend Verweigerung der unentgeltlichen Verbeiständung wird aufgehoben und die Angelegenheit zur Prüfung der prozessualen Bedürftigkeit und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG zurückgewiesen. 3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 4. Die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'328.35 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.