

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2022 71

## Entscheid vom 12. Juli 2023

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr. med. Urs Gössi, Richter  
Dr. med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw D.\_\_\_\_\_

**gegen**

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1993) war seit Anfang März 2021 in einem befristeten Arbeitsverhältnis (bis Ende Mai 2022) als Eisenleger bei der Z.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, angestellt und damit obligatorisch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er am 31. März 2021, in S.\_\_\_\_\_ beim Überqueren der Kantonsstrasse beim Abzweiger T.\_\_\_\_\_ auf dem Fussgängerstreifen von einem Personenwagen erfasst wurde. Im I.\_\_\_\_\_, wohin A.\_\_\_\_\_ nach dem Unfallereignis notfallmässig eingeliefert wurde, und wo er bis 2. April 2021 stationär behandelt wurde, wurde ihm ein Schädelhirntrauma Grad I, eine Distorsion der Halswirbelsäule sowie ein stumpfes Thoraxtrauma und eine stumpfes Abdominaltrauma diagnostiziert. Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Vi-act 12).

**B.** Der weitere Heilverlauf zeigte sich verzögert; die vom Hausarzt attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit konnte im Juni 2021 auf 50% reduziert werden, erhöhte sich im September wieder auf 70% und im Februar 2022 erneut auf 100% (Vi-act 106). Es erfolgten verschiedene bildgebende Abklärungen der Wirbelsäule und des Schädels von A.\_\_\_\_\_. In der Beurteilung vom 17. Mai 2022 hielt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva) fest, es würden keine strukturell objektivierbaren Folgen des Unfallereignisses vom 31. März 2021 auf neurologischem Fachgebiet vorliegen. Weitere ärztliche Behandlungsmassnahmen seien nicht indiziert (Vi-act. 132).

**C.** Gestützt auf diese Beurteilung der versicherungsmedizinischen Sachlage stellte das Suva Kompetenz-Center Schaden Ost mit Verfügung vom 9. Juni 2022 die bisher gegenüber A.\_\_\_\_\_ erbrachten Leistungen per 26. Juni 2022 mangels adäquater Unfallfolgen ein (Vi-act. 142).

**D.** Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ fristgerecht am 11. Juli 2022 Einsprache erheben und beantragen, dass ihm aufgrund unfallbedingten Verletzungen weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszurichten seien. Eventuell sei der entscheidrelevante Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären (Vi-act. 163).

**E.** Mit Einsprache-Entscheid vom 2. November 2022 wies die Suva die Einsprache ab.

**F.** Dagegen lässt A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz am 5. Dezember 2022 (versendet am selben Tag) fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Es sei der Einsprache-Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 2.11.2022 aufzuheben und diese anzuweisen, dem Beschwerdeführer auch über den 26.6.2022 hinaus die gesetzlichen Leistungen aufgrund des Ereignisses vom 31.3.2021 zu erbringen.
2. Eventualiter sei der rechtserhebliche Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären.  
Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MwSt. zulasten der Beschwerdegegnerin.

Sowie folgendem

**Gesuch:**

Es sei dem Beschwerdeführer in der Person der Unterzeichnenden eine unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen.

**G.** Mit Vernehmlassung vom 15. März 2023 beantragt die Suva, die Beschwerde vom 5. Dezember 2022 sei abzuweisen und der Einsprache-Entscheid vom 2. November 2022 sei zu bestätigen.

**Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

1. Der vom Versicherten am 31. März 2021 erlittene Unfall (Kollision als Fussgänger mit Automobil) mit (u.a.) Schädelhirntrauma und HWS Distorsion ist ebenso unbestritten wie die hieraus folgende Leistungspflicht der Vorinstanz. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob sich der Versicherte bei diesem Unfallereignis eine Schädelhirnverletzung zugezogen hat, welche über die Leistungseinstellung per 26. Juni 2022 hinaus zum Leistungsbezug berechtigt (vgl. Einsprache-Entscheid Ziff. 2 b, S. 5; Beschwerdeschrift Rz. 11, S. 5).

**2.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall

eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**2.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

**2.2.1** 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 zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere; mit anderen Worten, wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C\_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

**2.2.2** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des

Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteile BGer 8C\_301/2017 vom 24.4.2018 Erw. 2; 8C\_849/2011 vom 29.5.2012 Erw. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

**2.2.3** Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (BGE 138 V 248 Erw. 4; Urteil BGer 8C\_801/2017 vom 24.4.2018 Erw. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: Urteil BGer 8C\_216/2009 vom 28.10.2009 Erw. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C\_584/2010 Erw. 2).

Wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, kann die Frage offengelassen werden, ob die geklagten, medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden natürlich kausal durch ein Unfallereignis verursacht worden sind. Gemäss einem allgemeinen Grundsatz ist lediglich über für den Ausgang des Verfahrens erhebliche Tatsachen Beweis zu führen. Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, ist die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht entscheidungsrelevant. Anders ist lediglich in jenen Fällen zu

entscheiden, in denen der Sachverhalt für eine einwandfreie Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt ist (BGE 135 V 465 Erw. 5.1 mit Hinweisen).

**2.3.1** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten 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 (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C\_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 mit Hinweisen). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C\_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C\_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.1.1; 8C\_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1).

**2.3.2** 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 gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C\_855/2018 vom 14.3.2019 Erw. 3.1).

**2.3.3** Zu ergänzen ist, dass die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Versicherer sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch auf den Umstand, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalles darstellt, bezieht. Mithin kann sich der Wegfall der Kausalität nur auf Verletzungen und Beschwerden beziehen, die bei der ursprünglichen Anspruchsbeurteilung zur Diskussion standen und als kausal anerkannt wurden. Der Versicherer hat nicht auch das Nichtbestehen einer Unfallkausalität von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu beweisen, welche ursprünglich nicht thematisiert worden waren (Urteil BGer 8C\_363/2009 vom 20.8.2009 Erw. 2.3.2; Urteil EVG U 6/05 vom 27.4.2005 Erw. 3.2; U 6/06 vom 15.3.2006 Erw. 2.2; AJP 2006 S. 1290 ff.).

**2.4** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 Rz. 30). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (BGE 144 V 427 Erw. 3.2). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 Erw. 3.2; BGE 138 V 218 Erw. 6). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 Erw. 3.2; Urteil BGer 8C\_765/2020 vom 4.3.2021 Erw. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel

kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) vom 18. April 1999 erblickt werden (BGE 144 V 361 Erw. 6.5).

**2.5.1** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

**2.5.2** Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

**2.5.3** Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung

strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 142 V 58 Erw. 5.1; BGE 139 V 225 Erw. 5.2).

Schliesslich kann auch einem reinen Aktengutachten ohne persönliche Untersuchung voller Beweiswert zukommen, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 351 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C\_646/2019 vom 6.3.2020 Erw. 4.3; 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2)

**2.5.4** In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalfachpersonen (Urteil BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**3.** Zum Unfallgeschehen am 31. März 2021, den Gesundheitszustand des Versicherten, dessen Behandlung und fachärztliche Beurteilung sowie die versicherungsmässige Fallbearbeitung, ergibt sich aus den Akten was folgt:

**3.1** Im Strafbefehl der Staatsanwaltschaft des Kantons Schwyz vom 17. Februar 2022 wurde zum Unfallhergang festgehalten, dass der Versicherte am 31. März 2021, ca.17.40 Uhr, in S.\_\_\_\_\_ bei der Verzweigung T.\_\_\_\_\_ auf dem Fussgängerstreifen den Strassenbereich der Kantonsstrasse betreten habe, um im normalen Tempo die Strasse in Richtung B.\_\_\_\_\_/U.\_\_\_\_\_ zu überque-

ren, als ein mit einer Geschwindigkeit von ca. 50 km/h von U.\_\_\_\_\_ her kommender Personenwagen, ungebremst mit dem Versicherten kollidiert sei. Dieser sei dabei weggeschleudert worden (Vi-act. 133-48).

**3.2** Der Beschwerdeführer wurde von der Unfallstelle durch den Rettungsdienst ins I.\_\_\_\_\_ überführt, wo gleichentags in dessen Institut Radiologie ein CT Polytrauma / CT NNH nativ durchgeführt wurde. Der Bericht hierzu vom 1. April 2021 (Teleradiologischer Befund USZ; elektronisch visiert von den Oberärzten PD Dr.med. F.\_\_\_\_\_ und PD Dr.med. G.\_\_\_\_\_ sowie den Assistenzärztinnen V.\_\_\_\_\_ und W.\_\_\_\_\_) enthält folgende Beurteilung (Vi-act. 120):

Schädel:

- keine Traumafolgen
- keine intrakranielle Blutung
- keine Fraktur

Hals/Thorax/Abdomen/Skelett:

- Kein Hinweis auf traumatische Organ- oder Weichteilläsionen.
- Keine frischen traumatischen Läsionen der ossären Strukturen.
- Whs. geringes subcutanes Hämatom an der Flanke links.
- Nebenbefundlich Spondylolyse LWK 5 beidseits mit minimaler Anterolisthesis LWK 5/SWK 1.

**3.3** Im Austrittsbericht des I.\_\_\_\_\_ vom 2. April 2021 (elektronisch visiert vom leitenden Arzt Dr.med. C.\_\_\_\_\_, vom Assistenzarzt X.\_\_\_\_\_ und der Arztassistentin Y.\_\_\_\_\_) wurden folgende Diagnosen erhoben (Vi-act. 12):

Mehrfachverletzung 31.03.2021 mit/bei:

- Verkehrsunfall, Passant gegen PKW 31.03.2021
- Schädelhirntrauma Grad I und HWS Distorsion
- Stumpfes Thoraxtrauma
- Stumpfes Abdominaltrauma

Bei Eintritt sei der Versicherte in einem guten Allgemeinzustand gewesen, zeitlich, örtlich und verbal orientiert; GCS: 15; abschürfende Hautläsionen im Bereich der Beine und Arme. Auf der Notfallstation habe er sich kardiopulmonal stabil präsentiert, radiologisch habe lediglich ein geringes subkutanes Hämatom an der linken Flanke als mögliche Traumafolge gesehen werden können und laborchemisch eine erhöhte Kreatininkinase (392U/l) bei normwertiger Troponin I hs. Elektrokardiographisch sei bei Eintritt ein Linksschenkelblockbild gesehen worden. Die klinische Überwachung auf der Intensivpflegestation sei unauffällig verlaufen. Die laborchemische Verlaufskontrolle habe keine Erhöhung der Troponin I hs gezeigt. Elektrokardiographisch seien keine Erregungsrückbildungsstörungen oder Blockbilder zu sehen gewesen. Im Secondary Survey seien ebenfalls keine Auffälligkeiten

ten zu sehen. Am 2. April 2021 habe der Versicherte bei komplikationslosem Verlauf und ohne Anhalt für eine frische Blutung oder ossäre Läsion in gutem Allgemeinzustand und schmerz kompensiert entlassen werden können.

Nachdem die Suva die Spitalrechnung für die Hospitalisation bis 2. April 2021 zurückwies, nahm das Spital am 4. Juni 2021 Stellung und begründete die verlängerte Hospitalisation damit, der Beschwerdeführer habe am 1. April 2021 einen dokumentierten GCS-Abfall um 1 Punkt auf GCS 14 gezeigt, wofür die GCS- und klinische Verlaufsbeobachtung bis zum 2. April 2021 verlängert worden sei (Vi-act. 22).

**3.4** Nach neurologischen Untersuchungen vom 20./22./26. April 2021 stellte Dr. med. P. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie) mit Schreiben an den Hausarzt, Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) vom 3. Mai 2021 folgende Diagnosen (Vi-act. 18):

- Unfall am 31.03.2021 (als Fussgänger vom Auto angefahren):
- Schädel-Hirn-Trauma Grad 1, ED 31.03.2021
  - CT Schädel ohne Blutung oder Fraktur
- Stumpfes Thoraxtrauma
- Stumpfes Abdominaltrauma
- Posttraumatische Kopfschmerzen und rezidivierende kurze Schwindelgefühle
- Ulnaris Syndrom bds. DD C8 Läsion
- Unklare Parästhesien an Zeh I und II rechts, DD Peroneusläsion/lumboradikulär

Unter 'jetziges Leiden' wurden relativ rasch nach dem Unfall aufgetretene Kopfschmerzen erwähnt, aktuell zwei bis drei Mal in der Woche auftretend und ein bis zwei Stunden dauernd; sie würden auf Analgetika gut bessern. Die Kopfschmerzen seien bds. parietal betont und würden eine Stärke von 7-8/10 auf der visuellen Analogskala erreichen. Ca. eine Woche nach dem Unfall seien Schwindelgefühle aufgetreten, welche drei bis vier Mal am Tag vorhanden seien und einige Sekunden andauerten. Ca. vier bis fünf Tage nach dem Unfall seien elektrisierende Missempfindungen an den beiden ulnaren Fingern bds. aufgetreten. Ausserdem würden Gefühlsstörungen an der Grosszehe und der zweiten Zehe rechts bestehen sowie rezidivierende Schmerzen am Nacken, linke Seite betont.

Bei der 'persönlichen Anamnese' wurde als Vorzustand ein Kopfanprall des Versicherten auf einer Tischplatte ca. 2016 sowie ein Schlag auf den Kopf mit Kalottenfraktur ohne Hirnbeteiligung 2018 vermerkt.

Unter 'Beurteilung und Procedere' wurde u.a. festgehalten, der Versicherte habe sich beim Unfallereignis von Ende März 2021 ein Schädel-Hirn-Trauma Grad 1 zugezogen, es habe eine sehr kurze Bewusstlosigkeit von wenigen Sekunden bestanden, DD Schreckreaktion. Daneben sei es zu einem stumpfen Thorax- und

Abdominaltrauma sowie zahlreichen Prellungen gekommen. Initial habe sich mit einem cCT eine intrakranielle Blutung und Fraktur ausschliessen lassen. Die neurologische Untersuchung zeige bis auf die sensiblen Störungen im Ulnarisgebiet bds. normale Befunde. Aktuell leide der Versicherte noch an posttraumatischen Kopfschmerzen und einem rezidivierenden, posttraumatischen Schwindelgefühl. Die nur wenige Tage nach dem Unfall aufgetretenen Parästhesien im Ulnarisgebiet bds. und an der Zehe 1 und 2 rechts seien überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen und als posttraumatisch einzustufen.

**3.5** Sicherheitshalber wurde am 28. Mai 2021 ein MR HWS und LWS im Instituts Radiologie des I. \_\_\_\_\_ durchgeführt. Im Bericht vom selben Tag wurde in der Beurteilung festgehalten (Vi-act. 20):

- Keine posttraumatischen Veränderungen der HWS oder LWS.
- Geringe Einengung des linken Recessus LWK 4/5 mit Kontakt zur L5 Nervenwurzel links rezessal sowie geringe Einengung des Neuroforamen linksbetont LWK S/SWK 1 mit Kontakt zur L5 Nervenwurzel neuroforaminal
- Keine Kompression der L4 Nervenwurzel.

**3.6** Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemeinchirurgie und Traumatologie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva) beantwortete die ihm von der Verwaltung vorgelegten Fragen am 15. Juni 2021 wie folgt (Vi-act. 21):

*1.1 War die Gesundheit der versicherten Person bei der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen Körperregion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt?*

Nein

*2.1 Welcher Gesundheitsschaden wurde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall verursacht?*

Parästhesien im Ulnarisgebiet bds. und an der Zehe 1 und 2 rechts, gemäss Neurologe posttraumatische Neuropraxie. MRI HWS und LWS vom 28.5.21 ohne diese Störungen erklärende strukturelle Läsion. Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, letztere beide nicht objektivierbar.

*2.2 Ist dieser mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abgeheilt? wenn ja, wann?*

nein

**3.7** Nach einer weiteren neurologischen Untersuchung vom 16. Juni 2021 stellte Dr. med. P. \_\_\_\_\_ im Schreiben vom 18. Juni 2021 folgende Diagnosen (Vi-act. 23):

Unfall am 31.03.2021 (als Fussgänger vom Auto angefahren):

Schädel-Hirn-Trauma Grad 1, ED 31.03.2021

-CT Schädel ohne Blutung oder Fraktur

Stumpfes Thoraxtrauma

Stumpfes Abdominaltrauma

Posttraumatische Kopfschmerzen und rezidivierende kurze Schwindelgefühle

St. n. Neurapraxie des N. ulnaris bds. durch Kontusion

St. n. Neurapraxie des N. peroneus rechts durch Kontusion

Der Versicherte habe am 16. Juni 2021 von häufigen Kopfschmerzen und Schlafstörungen berichtet. Die Parästhesien am rechten Fuss und in den Händen bds. seien vollständig verschwunden.

**3.8** Dr.med. K.\_\_\_\_\_ hielt am 17. November 2021 gegenüber der Verwaltung fest, strukturell schienen keine Unfallfolgen mehr vorzuliegen. Entsprechend stehe einer 100% AF nichts im Wege. Allenfalls sei eine Beurteilung durch VMG Neurologie einzuholen (Vi-act. 53).

**3.9** Am 6. Dezember 2021 wurde im H.\_\_\_\_\_ ein MR der HWS durchgeführt. Prof.Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Radiologie) vermerkte in der Beurteilung vom selben Tag als relevanten Befund eine mediolateral linksseitig ausladende Diskushernie auf Niveau C6/7 links, wobei eine Nervenwurzelkompression C7 links anzunehmen sei (Vi-act. 65). Am Folgetag führte Prof.Dr.med. E.\_\_\_\_\_ eine periradikuläre CT HWS Infiltration durch (Vi-act. 64).

**3.10** In der neurologischen Beurteilung von Dr.med. O.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie; Abteilung Versicherungsmedizin der Suva) vom 11. Januar 2022 (Vi-act. 67) wurde in der 'Beurteilung' u.a. ausgeführt, das neurologische Fachgebiet betreffend sei anlässlich der Echtzeitdokumentation zeitnah zum Unfall keine relevante Bewusstlosigkeit oder posttraumatische Amnesie bei einem GCS 15 bei Spitalertritt ohne neurologische Defizite dokumentiert worden. Äussere Verletzungszeichen am Kopf, als Hinweis auf einen Kopfanprall, seien anlässlich der Erstbehandlung im I.\_\_\_\_\_ nicht dokumentiert. Unter Berücksichtigung der später gegenüber dem Neurologen Dr.med. P.\_\_\_\_\_ angegebenen Sekunden dauernden Bewusstlosigkeit, DD Schreckreaktion, könne demnach ein einfacher Kopfanprall, resp. höchstens eine leichte traumatische Hirnverletzung, als Unfallfolge angenommen werden.

Dies führte - das neurologische Fachgebiet betreffend - zur 'Schlussfolgerung', dass sich der Versicherte beim Unfall vom 31. März 2021 einen einfachen Kopfanprall, resp. höchstens eine leichte traumatische Hirnverletzung gemäss der EFNS/ EAN (Europäischen Föderation Neurologischer Gesellschaften/European Academy of Neurology) - Klassifikation zugezogen habe. Möglich sei zudem, dass er sich durch den Unfall eine leichte Distorsion der HWS zugezogen habe. Zeitnah zum Unfall seien anlässlich der Erstversorgung im I.\_\_\_\_\_ (Hospitalisation 31.3.2021 bis 2.4.2021) keine neurologischen Defizite festgestellt worden.

Die ihm von der Verwaltung vorgelegten Fragen beantwortete Dr.med. O.\_\_\_\_\_ wie folgt:

*1.1 War die Gesundheit der versicherten Person bei der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen Körperregion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt?*

Abgestützt auf die zur Verfügung stehenden Dokumentation waren als Vorzustand bei dem Versicherten Kopfverletzungen 2016 und 2018 bekannt, zum Ausmass der Kopfverletzungen liegen keine Informationen vor. Darüber hinaus sind zum Vorzustand des Versicherten auf neurologischem Fachgebiet keine Gesundheitsbeeinträchtigungen bekannt.

*2.1 Welcher Gesundheitsschaden wurde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall verursacht?*

Durch den Unfall vom 31.3.2021 zog sich der Versicherte gemäss den dokumentierten klinischen Informationen einen einfachen Kopfanprall, respektive höchstens eine leichte traumatische Hirnverletzung gemäss EFNS/EAN-Klassifikation zu. Möglich zog sich der Versicherte zudem eine leichte Distorsion der Halswirbelsäule durch den Unfall zu.

*2.2 Ist dieser mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abgeheilt? wenn ja, wann?*

Unter Berücksichtigung einer leichten traumatischen Hirnverletzung können unfallbedingte Beschwerden höchstens bis zu einem Zeitpunkt von sechs Monaten nach dem Unfall durch diesen begründet werden.

*3.1 Hat der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar sind, geführt? wenn nein, bitte begründen.*

Rein klinisch ergeben sich keine Hinweise auf eine höhergradige Hirnverletzung. Sollte der Versicherte allerdings weiterhin Beschwerden in Form von Kopfschmerzen oder Schwindel angeben, ist zur Abklärung von Unfallfolgen aus neurologischer und versicherungsmedizinischer Perspektive eine kraniale Magnetresonanztomografie mit hämosiderinsensiblen Sequenzen unter der Frage nach einer substantiellen Hirnverletzung oder anderer pathologischer Veränderungen intrakraniell in Erwägung zu ziehen. Betreffend Halswirbelsäule ergeben sich in der neurologischen Beurteilung keine Hinweise auf eine unfallkausale Pathologie.

*3.2 Wenn nein, ab wann spielen Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr?*

Siehe Antwort zur Frage 3.1. und Antwort zu Frage 2.2.

*3.3 Falls der Zeitpunkt dafür noch nicht beurteilbar ist, wann ist Frage 3.2. aus medizinischer Sicht wieder zu prüfen?*

Falls der Versicherte weiterhin Beschwerden in Form von Kopfschmerzen und Schwindel angibt, ist die Abklärung von Unfallfolgen durch eine kraniale Magnetresonanztomografie, wie in Antwort zu Frage 3.1, ausgeführt, zu vervollständigen.

**3.11** Am 16. März 2022 führte Prof.Dr.med. E.\_\_\_\_\_ im H.\_\_\_\_\_ ein MR Schädel mit MRA der Halsgefässe durch (Vi-act. 100). Den Befund einleitend hielt er fest, die Betreuung sei schwierig, der Versicherte erbreche [sic] mehrmals wegen Kopfschmerzen und verändere seine Position während des Scans. Auf seinen Wunsch sei die Untersuchung vor den post KM Sequenzen des Hirnparenchyms abgebrochen worden. In der Dark-Fluid-Sequenz präsentiere sich eine normale Darstellung des supratentoriellen sowie des infratentoriellen Marklagers; normale

Signalgebung im Bereich des Balkens. Die Liquorräume seien altersentsprechend weit und regelrecht konfiguriert. Die basalen Zisternen seien entfaltet; keine Zeichen einer Mittellinienverlagerung. In der suszeptibilitätsgewichteten Bildgebung beständen vereinzelte Hämosiderinablagerungen links aboral sowie angrenzend eine piale Siderose. In gleicher Lokalisation bestehe ein schmaler Parenchymdefekt. In der diffusionsgewichteten Bildgebung bestehe kein Hinweis für eine Diffusionsrestriktion; normale Darstellung des Kleinhirnbrückenwinkels. In der TOF-Angiographie präsentiere sich eine normale Darstellung der Arterien des Circulus Willisii ohne Hinweis für eine Gefäßmalformation. In der MRA der Halsarterien bestehe kein Hinweis für hämodynamisch relevanten Stenosen oder Gefäßabbrüche; symmetrische Darstellung der Orbitae; normale Belüftung der Nasennebenhöhlen und der Mastoidzellen. Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gelangte zur Beurteilung:

Einer residueller Substanzdefekt links temporal mit Hämosiderinresten und Zeichen einer leichten pialen Siderose DD Status nach traumatischer Blutung (Anamnese?).

**3.12** Am 6. April 2022 erfolgte eine ambulante neurologische Konsultation bei Dr.med. M. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Neurologie). Dieser erhob in seinem Bericht vom selben Tag folgende Diagnosen (Vi-act. 104):

- Schweres Schädel-Hirn-Trauma und leichte HWS-Distorsion am 31.3.2021
- HWS ohne Traumafolgen
- Schädel mit Traumafolgen, Kontusion Gyrus temporalis inferior links

In der Beurteilung hielt Dr.med. M. \_\_\_\_\_ fest, aufgrund der Sprachbarriere hätten die Beschwerden nur rudimentär und die Bedürfnisse des Patienten nicht regelrecht erfasst werden können. Er habe sich von dem am 31. März 2021 erlittenen Schädel-Hirn-Trauma und der HWS-Distorsion nicht erholt. Er habe seit dem Unfall sicher chronische Kopf- und Nackenschmerzen und Fatigue sowie möglicherweise leichte oder mässige kognitive Defizite, sehr wahrscheinlich handle es sich um eine direkte Unfallfolge hierbei. Ferner habe er seit dem Unfall wahrscheinlich Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Medikamentenübergebrauch-Kopfweg. Der neurologische Status sei normal, bis auf Myogelose am Nacken links. Das pathologische MRT Schädel vom 16. März 2022 zeige eindeutig sichtbare Verletzung des Gyrus temporalis inferior links durch die Kontusion.

**3.13** Auf Anfrage der Verwaltung hin erklärte Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva) am 21. April 2022 (Vi-act. 112), die Klärung der Frage, ob die im MRT vom 16. März 2022 beschriebenen Traumafolgen am linken Temporallappen auf den Unfall vom 31. März 2021 zurückzuführen seien, erfordere weitere Informationen. Laut der Beurteilung von Dr.med. O. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2022 (Vi-act. 67; Erw. 3.10 hiervor) habe der

Versicherte bereits 2016 und 2018 eine Kopfverletzung erlitten. Es sollte versucht werden, Informationen hierzu einzuholen. Laut dem Bericht von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ vom 6. April 2022 (Vi-act. 104; Erw. 3.12 hiervor) sei am Unfalltag im I.\_\_\_\_\_ eine CT-Traumaspirale durchgeführt worden. Diese CT-Bilder sollten angefordert werden.

**3.14** Auf Aufforderung vom 11. Mai 2022 hin (Vi-act. 126), nähere Informationen zu den im neurologischem Bericht von Dr.med. P.\_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2022 (Vi-act. 18; Erw. 3.4 hiervor) erwähnten Kopfverletzungen aus den Jahren 2016 und 2018 zu geben, liess der Versicherte mit E-Mailschreiben vom 11. Mai 2022 erklären, die Verletzung, über die sie gesprochen hätten, sei ein kleiner Kratzer aus seiner Kindheit gewesen, als er hingefallen und sich ein wenig am Kopf gekratzt habe. Dies sei keine Verletzung, sondern nur ein kleiner Kratzer gewesen, ohne Blut und irgendetwas. Bisher habe er keine grösseren Kopfverletzungen gehabt, noch habe er Hämatome, Blutungen oder ähnliches gehabt. Vor diesem Unfall sei er zu 100% gesund und funktionsfähig gewesen (Vi-act. 128).

**3.15** Im Bericht über die ambulante neurologische Konsultation vom 16. Mai 2022 wiederholte Dr.med. M.\_\_\_\_\_ die am 6. April 2022 (Vi-act. 130) erhobenen Diagnosen (Vi-act. 104; Erw. 3.12 hiervor).

**3.16** In der neurologischen Beurteilung vom 17. Mai 2022 beschrieb Dr. med. N.\_\_\_\_\_ die von ihm eingesehene 'Bildokumentation' wie folgt (Vi-act. 132):

30.03.2021            CT Polytrauma, I.\_\_\_\_\_:

Keilförmige, scharf demarkierte Substanzläsion der mittleren und unteren Temporalwindung links mit einer Ausdehnung von ca. 10 x 8 x 15 mm, am ehesten einem bereits demarkierten älteren Kontusionsdefekt entsprechend. Keine frischen intrakraniellen Traumafolgen. Auch extrakraniell keine Traumafolgen nachweisbar sowie unauffällige Darstellung der knöchernen Schädelbasis und des knöchernen Schädeldachs mit luftgefüllten Nasennebenhöhlen und seitengleich belüfteten Mastoidzellsystemen. Im HWS-CT physiologisch geschwungene HWS-Lordose ohne Hinweis für segmentale Gefühlsstörung und ohne Nachweis von knöchernen Traumafolgen oder Weichteilläsionen.

16.03.2022            Schädel MRI, H.\_\_\_\_\_:

Zystische, keilförmige kortikale Substanzläsion der unteren und mittleren Temporalwindung links mit randständigem Gliosesaum, am ehesten einem demarkierten, älteren Kontusionsherd entsprechend. In der SWI-Sequenz keine weiteren Traumafolgen nachweisbar, insbesondere keine hämorrhagischen Scherverletzungen, Unauffällige Darstellung der hirnversorgenden Gefässe am Hals sowie der intrakraniellen basalen Gefässe.

Unter 'Beurteilung' wurde festgehalten, wie bereits in der neurologischen Beurteilung durch Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2022 (Vi-act. 67; Erw. 3.10 hiervor) ausführlich diskutiert worden sei, habe sich der Versicherte beim Unfall vom 31.

März 2021 vermutlich keine traumatische Hirnverletzung, sondern ausschliesslich eine Schädelprellung zugezogen. So seien im Austrittsbericht aus dem I. \_\_\_\_\_ (Vi-act. 12; Erw. 3.3 hiervor) keine Bewusstlosigkeit und keine posttraumatische Amnesie nach dem Unfall festgehalten worden. Bei Spitaleintritt sei ein GCS von 15 erhoben worden, neurologische Defizite hätten sich nicht feststellen lassen. Auch seien keine äusseren Verletzungszeichen am Kopf dokumentiert worden. Diese Beurteilung werde durch die nun vorliegenden Schädel CTs des Unfalltages (Vi-act. 120; Erw. 3.2 hiervor) gestützt. Auch dort sehe man keine extrakranielle Traumafolgen, z.B. im Sinne eines Galeahämatoms oder einer Rissquetschwunde. Wesentlicher Befund in diesem CT sei, dass bereits zum Unfallzeitpunkt eine strukturelle Hirnläsion in Form einer kleinen keilförmigen, am ehesten kontusionellen Substanzläsion der Rinde der unteren und mittleren Temporalbindung links vorbestanden habe. Da das CT innert weniger Stunden nach dem Unfall durchgeführt worden sei, handle es sich eindeutig um einen vorbestehenden Befund, da die Läsion bereits vollständig demarkiert gewesen sei. Im Falle einer frischen Läsion wäre ein Kontusionsödem zu erwarten gewesen. Dieses sei nicht vorgelegen.

Die später im Schädel MRI vom 16. März 2022 (Vi-act. 23; Erw. 3.11 hiervor) beschriebene kontusionelle Substanzläsion im linken Temporallappen decke sich lokalisiert und grössenmässig mit dem CT-Befund. Sie sei also nicht Folge des Unfalls vom 31. März 2021, sondern müsse zu diesem Zeitpunkt bereits vorgelegen haben und durch ein früheres Trauma entstanden sein. Hierzu habe der Versicherte in seiner E-Mail vom 11. Mai 2022 (Vi-act. 128; Erw. 3.14 hiervor) beigebracht, dass er als Kind einen "Kratzer am Kopf" abbekommen habe. In welcher Form eine Kopfverletzung in den Jahren 2016 und 2018 stattgefunden habe, habe sich nicht aufklären lassen. Die diagnostische Einschätzung durch Dr.med. M. \_\_\_\_\_ als "schweres Schädelhirntrauma" sei somit nicht nachvollziehbar, ebensowenig seine hieraus abgeleiteten Überlegungen. Die Befundlage sei jetzt eindeutig. Beim Unfall vom 31. März 2021 habe sich der Versicherte allenfalls eine Schädelprellung zugezogen, deren Folgen innerhalb von wenigen Tagen verheilt gewesen seien. Die Annahme einer leichten traumatischen Hirnverletzung sei nicht mit der Beweiskraft der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Auch die vom Versicherten jetzt vorgetragene Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel und Belastbarkeitsminderung würden in keinem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 31. März 2021. Sie seien unfallfremd.

Die ihm von der Verwaltung vorgelegte Fragen beantwortete Dr.med. N. \_\_\_\_\_ wie folgt:

1. Welche strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalles vom 31.3.2021 liegen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor?

Es liegen keine strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalls vom 31.03.2021 auf neurologischem Fachgebiet vor. Die im Schädel MRI beschriebene kontusionelle Substanzläsion des linken Temporallappens war angesichts des Befundes des Schädel CTs vom 31.03.2021 vorbestehend.

2. *Kann von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden? Falls ja, mit welchen Behandlungsmassnahmen? Voraussichtliche Behandlungsdauer?*

Da auf neurologischem Fachgebiet keine Unfallfolgen vorliegen, ergibt sich keine Indikation für weitere Behandlungsmassnahmen.

3. *Wie beurteilen sie in Anbetracht der beklagten Beschwerden nach dem Unfall die Arbeitsfähigkeit als Eisenleger in zeitlicher und leistungsmässiger Hinsicht?*

Die Arbeitsfähigkeit als Eisenleger ist auf neurologischem Fachgebiet weder in zeitlicher noch in leistungsmässiger Hinsicht in irgendeiner Form eingeschränkt.

**3.17** Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Wirbelsäulen- und Neurochirurgie) hielt im Bericht an die Rechtsvertreterin des Versicherten vom 22. Dezember 2022 (Bf-act. 3) fest, in Zusammenschau der Bildgebung sowie des aktuellen klinischen Zustandes des Versicherten seien die neurologischen Defizite (Konzentrationschwäche, vermehrte Vergesslichkeit) auf das Unfallereignis zurückzuführen. Im direkt nach dem Unfall erfolgten Polytrauma-CT vom 31. März 2021 (Vi-act. 120; Erw. 3.2 hier vor) sei ein links temporaler Parenchymdefekt zur Darstellung gekommen. In einem MRI des Schädels, ein Jahr nach dem Unfallereignis, vom 16. März 2022 (Vi-act. 23; Erw. 3.11 hier vor) sei der Parenchymdefekt infolge einer traumatischen Blutung mit Hämosiderinresten gesehen worden. Es sei sicherlich nicht unüblich, dass nach einem solchen Ereignis Kontusionsblutungen erst 24 Stunden später festzustellen seien. Um dies mit Sicherheit nachweisen zu können, hätte ein Kontroll-CT des Schädels 24 - 48 Stunden nach dem Ereignis stattfinden müssen. Aus seiner Sicht, insbesondere aufgrund des schweren Beschleunigungstraumas, sei die Kontusion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen.

**4.1** Der angefochtene Einsprache-Entscheid der Vorinstanz vom 2. November 2022 stützt sich auf die versicherungsmedizinisch-ärztliche Beurteilung von Dr.med. N. \_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2022 ab (Vi-act. 132; Erw. 3.15 hier vor). Da diese neurologische Aktenbeurteilung nicht im Rahmen eines Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG, sondern einer versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung abgegeben wurde, kann auf diese Feststellungen nur abgestellt werden, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Erw. 2.5.2 hier vor).

**4.2** Vorliegend bestehen an der Aktenbeurteilung mehr als nur geringe Zweifel, weshalb nicht auf die Beurteilung von Dr.med. N.\_\_\_\_\_ abgestellt werden kann.

**4.2.1** Auf die Frage nach dem Fallabschluss äusserte Dr.med. N.\_\_\_\_\_ am 21. April 2022, für die Klärung der Frage, ob die im MRI vom 16. März 2022 beschriebenen Traumafolgen am linken Temporallappen (oben E. 3.11) auf den Unfall vom 31. März 2021 zurückzuführen seien, seien weitere Informationen erforderlich, konkret seien die von Dr.med. O.\_\_\_\_\_ genannten Kopfverletzungen 2016 und 2018 genauer zu klären und zweitens seien die CT-Bilder vom 31. März 2021 einzuholen (Vi-act. 112).

Auf entsprechende Anfrage hin verneinte der Beschwerdeführer am 11. Mai 2022 frühere relevante Kopfverletzungen (oben E. 3.14). Weitere Nachforschungen seitens der Vorinstanz unterblieben, namentlich etwa Abklärungen bei Dr.med. P.\_\_\_\_\_, welcher die Verletzungen erstmals erwähnte (oben E. 3.4), weshalb die Aussage von Dr.med. N.\_\_\_\_\_, die Kopfverletzungen 2016 und 2018 hätten sich nicht aufklären lassen, zu kurz greift. Namentlich wenn es - wie von Dr.med. P.\_\_\_\_\_ erwähnt - 2018 zu einer Kalottenfraktur gekommen war, ist davon auszugehen, dass der Sachverhalt noch genauer abklärbar ist. Die Untersuchungspflicht verlangt Abklärungen, bis ein Sachverhalt ermittelt ist, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2). Da etwaigen Vorzuständen für vorliegende Kausalitätsbeurteilung wesentliche Bedeutung zukommt, kann die vorliegend getätigte, einfache Abklärung nicht genügen.

Was die CT-Bilder vom Unfalltag anbelangt, so zeigten diese gemäss fachärztlicher Befundung keine Traumafolgen, keine intrakranielle Blutung, keine Fraktur (oben E. 3.2; Vi-act. 120). Von dieser fachärztlichen Befunderhebung nimmt der Neurologe Dr.med. N.\_\_\_\_\_ eine eigene, davon abweichende Befundung vor. Allein schon dieser Widerspruch erweckt gewisse Zweifel. Seine Beurteilung, die Substanzläsion der mittleren und unteren Temporalbindung 'entspreche am ehesten' einem bereits demarkierten älteren Kontusionsdefekt, ist für seine Beurteilung insgesamt von entscheidender Bedeutung, weshalb eine derartige Aussage zweifelsfrei feststehen muss, was nicht ohne fachärztlich radiologische Beurteilung möglich ist.

**4.2.2** Dr.med. N.\_\_\_\_\_ verweist in seinem Bericht mitunter auf die neurologische Beurteilung von Dr.med. O.\_\_\_\_\_ (Vi-act. 67). Dieser hält aufgrund der ihm vorliegenden Berichte u.a. fest, die Überwachung des Beschwerdeführers auf

der Intensivpflegestation sei unauffällig verlaufen. Dies steht in Kontrast zur Tatsache, dass die Hospitalisation durch das Spital um einen Tag verlängert wurde, weil der GCS auf 14 gesunken ist, wodurch eine weitere Beobachtung aus Sicht der Behandler notwendig war (Vi-act. 22). Wenn Dr.med. O. \_\_\_\_\_ sodann ausführt, offenbar seien die klinischen Befunde anlässlich der Erstversorgung nicht erheblich ausgeprägt gewesen, weshalb eine bildgebende Diagnostik des Kopfes oder der HWS nicht veranlasst worden sei, so stellt sich weiter die Frage, ob diese Beurteilung auf umfassender Aktenlage basiert, wurde doch ereignisnah nach Eintreffen im Spital ein CT Polytrauma unter anderem auch des Schädels vorgenommen (Vi-act. 120).

**4.2.3** Für Dr.med. N. \_\_\_\_\_ zeigt das Polytrauma CT des Schädels keine frischen Traumafolgen, sondern lediglich einen vorbestehenden Befund. Die im MRI vom 16. März 2022 beschriebene kontusionelle Substanzläsion decke sich lokalisatorisch und grössenmässig mit dem CT-Befund und könne daher nicht Unfallfolge sein (Vi-act. 132). Dass diese Beurteilung nicht auf einer fachärztlichen, radiologischen Befunderhebung beruht (bzw. dem Befund des Polytrauma-CT widerspricht; vgl. Vi-act. 120), wurde bereits ausgeführt (oben E. 4.2.1). Die Beurteilung steht aber ebenso in Widerspruch zu jener von Dr.med. Q. \_\_\_\_\_, für den der dargestellte Parenchymdefekt bzw. die Kontusion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist (oben E. 3.17). Und auch Dr.med. M. \_\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer auf Zuweisung des Hausarztes zweimalig persönlich untersucht hat (Vi-act. 104, 130), bestätigt die Unfallkausalität der Beschwerden und geht von einem schweren Schädel-Hirn-Trauma, Schädel mit Traumafolgen, Kontusion Gyrus temporalis inferior links, aus. Dass er die Behandlung nicht weiterführte, ist allein der Sprachbarriere geschuldet (Vi-act. 130).

**4.2.4** Dass sich der Beschwerdeführer eine Schädelprellung zugezogen hat, hält auch Dr.med. N. \_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung fest. Allerdings geht er davon aus, dass deren Folgen innerhalb von wenigen Tagen verheilt gewesen seien. Dieser Annahme stehen die Berichte der behandelnden Ärzte entgegen. So dokumentiert Dr.med. P. \_\_\_\_\_ nach seinen Konsultationen vom 20., 22. und 26. April 202, relativ rasch nach dem Unfall seien Kopfschmerzen aufgetreten, welche persistierten, und ca. eine Woche nach dem Unfall seien Trümelgefühle aufgetreten, welche 3-4x am Tag vorhanden seien und einige Sekunden andauern würden. Er ging von posttraumatischen Kopfschmerzen und rezidivierendem, posttraumatischem Schwindelgefühl aus, was noch weiter Zeit benötige (Vi-act. 18). Auch Kreisarzt Dr.med. K. \_\_\_\_\_ ging in seiner Beurteilung vom 14. Juni 2021 noch davon

aus, die Kopfschmerzen und das Schwindelgefühl seien überwiegend wahrscheinlich unfallkausal, wenn auch nicht objektivierbar (Vi-act. 21). Auch anlässlich der Konsultation bei Dr.med. P.\_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2021 klagte der Beschwerdeführer weiterhin über Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, wogegen sich die zuvor geklagten Parästhesien zurückgebildet haben (Vi-act. 23). Aufgrund dieses Verlaufes bestehen mindestens geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr.med. N.\_\_\_\_\_, wonach die Unfallfolgen nach wenigen Tagen verheilt waren.

**4.2.5** Weiter ergibt sich aus den Akten, dass Dr.med. N.\_\_\_\_\_ am 17. Mai 2022 eine Einschätzung des Unfallereignisses vornahm, bevor der Suva die Unfallakten der Polizei zur Verfügung standen. Diese enthalten jedoch weitere, aufschlussreiche Informationen für die Beurteilung der auf den Körper des Beschwerdeführers wirkenden Kräfte des Unfalles (Vi-act. 132).

**4.3** Bestehen wie vorliegend sich widersprechende medizinische Berichte und bestehen dadurch an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Beurteilung Zweifel, so sind weitere Abklärungen notwendig. Neben den erwähnten Widersprüchen ergibt sich aus den Akten zudem, dass der Sachverhalt nicht vollständig abgeklärt wurde. So dokumentierte der Hausarzt eine nach dem Unfallereignis eingetretene Sehstörung und er leitete entsprechende Abklärungen ein (Vi-act. 109). Dem Bericht von Dr.med. M.\_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2022 kann hierzu entnommen werden, dass der Ophthalmologe einen Befund erhoben habe und weitere Abklärungen geplant seien (Vi-act. 130). Der Unfallschein UVG (Vi-act. 138) enthält denn auch den Stempel eines Augenarztes FMH (Dr.med.univ. L.\_\_\_\_\_), so dass davon auszugehen ist, dass eine entsprechende Behandlung anberaumt wurde. Unterlagen hierzu finden sich allerdings nicht im Dossier. Zudem empfahl Dr.med. M.\_\_\_\_\_ den Beizug eines serbisch sprechenden Psychiaters und serbisch sprechenden Neuropsychologen (Vi-act. 104) bzw. empfahl er eine psychiatrisch-neurologisch-neuropsychologische Behandlung in der Muttersprache des Beschwerdeführers (Vi-act. 130). Eine entsprechende Psychiaterin konnte denn auch vermittelt werden und der genannte Unfallschein trägt den Stempel von Dr.med. R.\_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) (Vi-act. 135). Auch betreffend diese Behandlung liegen keine Berichte in den Akten. Und aus dem Arztzeugnis vom 25. Mai 2022 ist zu schliessen, dass der Beschwerdeführer auch bei Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ in Behandlung war/ist, worüber auch keine Akten vorliegen. Damit aber bestätigt sich, dass die versicherungsinterne Beurteilung nicht auf den umfassenden Akten erfolgt ist.

**5.** Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde insoweit begründet, als der Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Sie wird eine externe Begutachtung unter Beizug der Fachrichtungen Neuro-Radiologie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie anordnen müssen, wobei sicher zu stellen ist, dass die Gutachter umfassend dokumentiert sind, namentlich auch zu etwaigen Vorzuständen.

**6.1** Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**6.2** Nachdem die Rückweisung einer Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid rechtsprechungsgemäss einem Obsiegen gleichkommt, hat die Vorinstanz dem obsiegenden Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten (Art. 61 lit. g ATSG; § 74 VRP). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

**6.3** Mit der Zusprechung einer Parteientschädigung erübrigt es sich, das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu behandeln.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Sache in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'800 (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
  - die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Juli 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 16. August 2023