

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 68

Entscheid vom 11. April 2024

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____,

gegen

D. _____,
Vorinstanz,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. E. _____,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1991; polnischer Staatsangehöriger) war als Metzger bei der C._____ GmbH, _____, angestellt und dadurch bei der D._____ (nachstehend: Versicherung) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert, als er am 7. März 2022 nachts auf dem Rückweg aus Polen zum Arbeitsort in Frankreich auf der Autobahn A5 in Deutschland als Beifahrer in einem Minibus (mit acht Insassen) mit einem entgegenkommenden Falschfahrer eine Frontalkollision erlitt (vgl. Vi-act. K 1 und K 4; Vi-act. Polizeirapport u.a. 183-191). Als Folge des Unfalls wurde A._____ vom Rettungsdienst als polytraumatisierter Patient in den Schockraum des Klinikum Mittelbaden überführt; am darauffolgenden Tag wurde er bei Diagnose Beckenprellung ins häusliche Umfeld entlassen (vgl. Vi-act. M 4). Die Versicherung anerkannte das Unfallereignis und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (vgl. Vi-act. K 2ff.).

B. Bei anhaltender Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. K 3, 6, 8, 9, 15, 16, 27; M9) bot die Versicherung A._____ zu einer persönlichen Untersuchung bei ihrem Vertrauensarzt in der Schweiz auf (vgl. Vi-act. K 5/7/9), welche am 29. September 2022 in Anwesenheit eines Dolmetschers erfolgte (vgl. Vi-act. K 10/M 5). Gestützt auf die Beurteilung des beratenden Arztes vom 5. Oktober 2022 teilte die Versicherung A._____ mit Verfügung vom 7. Oktober 2022 mit, er sei in seiner Tätigkeit als Metzger ab sofort wieder zu 100% arbeitsfähig, es bestünde keine Behandlungsbedürftigkeit mehr; die Heilkosten blieben ab sofort eingestellt und die Taggeldleistungen seien längstens noch bis am 15. Oktober 2022 zu erbringen (vgl. Vi-act. K 12-14). Diese Verfügung trat unangefochten in Rechtskraft. Am 1. November 2022 nahm A._____ seine Arbeit wieder auf (Vi-act. K 16).

C.1 Mit Zeugnis von Dr.med. F._____ (Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie) vom 25. November 2022 wurde der Versicherung eine erneute vollständige Arbeitsunfähigkeit von A._____ angezeigt. Mit Schreiben vom Dezember 2022 (Eingang Versicherung am 21.12.2022) meldete A._____ einen "Rückfall / Folgeschäden / Spätfolgen" zum Unfallereignis vom 7. März 2022 an. Er habe die Arbeit nach dem 25. November 2022 wegen Beschwerden wieder eingestellt und sei seit dann wieder 100% arbeitsunfähig. Zur Prüfung ihrer Leistungspflicht holte die Versicherung bei Dr.med. F._____ einen Bericht ein (Vi-act. K 15), der am 16. Januar 2023 ausführte, der Patient leide nach dem schweren Unfall an kontinuierlichen Schmerzen im Rücken, beiden Hüften, am rechten Kniegelenk und am Fuss (Vi-act M 9; K 15/16/21). Nach Konsultation des beratenden Arztes verfügte die Versicherung am 19. Januar 2023, die aktuelle Arbeitsunfähigkeit könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf

das Ereignis vom 7. März 2022 zurückgeführt werden; es handle sich bei den Knie- und LWS-Beschwerden um keine überwiegend wahrscheinlichen Ereignisfolgen zum Unfall; die Einstellung ihrer Leistungen (Heilkosten per 7.10.2022, Taggelder per 15.10.2022) bleibe bestehen (vgl. Vi-act. K 21/22 i.V.m. Vi-act. M 10).

C.2 Gegen diese Verfügung liess A. _____ mit Eingabe vom 16. Februar 2023, ergänzt am 27. März 2023, Einsprache erheben und rügen, es könne nicht auf die versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden, insbesondere werde der Meniskusriss am rechten Knie nicht unter dem Aspekt von Art. 6 Abs. 2 lit. c Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 beurteilt und die psychischen Beschwerden würden trotz vorhandener Arztberichte aussenvor gelassen (Vi-act. K 28). Die Versicherung sistierte das Einspracheverfahren, konsultierte neuerlich ihren beratenden Arzt (Vi-act. M 11) und verfügte am 20. April 2023, die Knieschädigung rechts sei mit über 50% Wahrscheinlichkeit auf eine Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen und eine Leistungspflicht für die psychischen Beschwerden sei mangels adäquatem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 7. März 2022 abzulehnen (Vi-act. K 36). Am 17. Mai 2023 erhob der Beschwerdeführer auch gegen diese Verfügung Einsprache (vgl. Vi-act. K 36, 42).

D. Nach Einholung einer abermaligen Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes vom 15. Juni 2023 (Vi-act. M 12) wies die Versicherung die Einsprachen vom 16. Februar 2023 und 17. Mai 2023 mit Entscheid vom 29. Juni 2023 ab und bestätigte die Verfügungen vom 19. Januar 2023 und 20. April 2023 (Vi-act K 43).

E. Am 31. August 2023 (Postaufgabe: gleichentags) lässt A. _____ gegen den Einspracheentscheid vom 29. Juni 2023 (Postaufgabe: gleichentags) beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Dem Beschwerdeführer seien die versicherten Leistungen aus UVG zuzusprechen.
2. Unter o/e-Kostenfolge (inkl. MwSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

F. Mit Vernehmlassung vom 26. September 2023 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 27. Oktober 2023 hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest, wozu sich die Vorinstanz mit Duplik vom 27. November 2023 äusserte. Weitere Stellungnahmen liegen in der Angelegenheit nicht vor.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Die Vorinstanz anerkannte das Unfallereignis vom 7. März 2022 und erbrachte unstrittig Versicherungsleistungen, welche mit Verfügung vom 7. Oktober 2022 per 7. Oktober 2022 (Heilbehandlung) resp. 15. Oktober 2022 (Taggeld) eingestellt wurden (vgl. Ingress Bst. B). Diese Einstellungsverfügung trat unangefochten in Rechtskraft. Am 1. November 2022 nahm der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit wieder auf.

Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Versicherung mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. Juni 2023 zu Recht die Verfügungen vom 19. Januar 2023 und 20. April 2023 bestätigte (wonach die neuerliche Arbeitsunfähigkeit ab 25. November 2022 bzw. die geklagten Rücken- und Kniebeschwerden rechts keine überwiegend wahrscheinlichen Unfallfolgen sind, die Knieschädigung rechts mit über 50% Wahrscheinlichkeit auf eine Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist und die psychischen Beschwerden nicht adäquat kausal zum Unfallereignis vom 7. März 2022 sind; vgl. Ingress Bst. C und D) und eine Leistungspflicht des Unfallversicherers ablehnte.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG 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. Zudem erbringt die Versicherung ihre Leistungen u.a. auch bei unfallähnlichen Körperschädigungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG.

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. VGE I 2022 70 vom 10.3.2023 E. 1.3 m.H.a. BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 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; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (vgl. BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 E. 5.3 je m.H.).

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 (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.2 und BGE 125 V 456 E. 5a, je m.H.).

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 (vgl. BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3). 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 (vgl. BGE 138 V 248 E. 5.1; Urteile BGer 8C_756/2021 vom 10.2.2022 E. 4.3; 8C_15/2021 vom 12.5.2021 E. 7.1; 8C_493/2021 vom 4.3.2022 E. 3.3.2).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (vgl. BGE 138 V 248 E. 4; Urteil BGer 8C_801/2017 vom 24.4.2018 E. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1). Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (vgl. BGE

115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1 vgl. auch SVR 2017 UV Nr. 8 S. 27 und Urteil BGer 8C_193/2016 E. 3.3).

2.2.3 Wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend ist, kann die Frage, ob die geklagten, medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden natürlich kausal durch ein Unfallereignis verursacht worden sind, offengelassen werden (vgl. BGE 135 V 465 E. 5.1 m.H.). Gemäss einem allgemeinen Grundsatz ist lediglich über für den Ausgang des Verfahrens erhebliche Tatsachen Beweis zu führen (vgl. Urteil EVGer B 21/02 vom 11.12.2002 E. 3.2). 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 entscheiderelevant. Anders ist lediglich in jenen Fällen zu entscheiden, in denen der Sachverhalt für eine einwandfreie Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt ist (vgl. Urteil BGer 8C_151/2009 vom 7.5.2009 E. 2.1).

2.2.4 Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 123 III 110 E. 2; BGE 112 V 30).

2.3.1 Wenn der Unfallversicherer den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und einer Gesundheitsschädigung einmal anerkannt und entsprechende Leistungen erbracht hat, entfällt dessen Leistungspflicht 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 E. 5.1 m.w.H.).

2.3.2 Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden haben, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist (es wurde der degenerative Vorzustand vorübergehend verschlimmert), so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall

stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden und damit die Leistungspflicht des Unfallversicherers (vgl. SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 E. 2.1.1.; SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17, Urteil BGer 8C_181/2009 vom 30.9.2009 E. 5.4 f. m.H.; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, Urteil BGer 8C_816/2009 vom 21.5.2010 E. 4.3; Urteile BGer 8C_557/2015 vom 7.10.2015 E. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 E. 3.1). Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen. Steht indes 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. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C_212/2015 vom 10.7.2015 E. 2.2.1).

2.4 Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Versicherer bezieht sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch auf den Umstand, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalles darstellt. 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 E. 2.3.2; Urteil EVG U 6/05 vom 27.4.2005 E. 3.2 sowie dessen Besprechung von David Weiss in: AJP 2006 S. 1290 ff.; VGE I 2021 39 vom 24.8.2021 E. 1.3.3).

Für die Frage, ob die Kausalität oder deren Wegfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen ist resp. den Versicherten oder den Versicherer die Beweislast trifft, ist somit massgebend, ob die geklagten Beschwerden (für welche Leistungen des Versicherers beansprucht werden) dem Gesundheitsschaden und seinen Symptomen angehören, der beim anerkannten Unfall unmittelbar festgestellt wurde.

2.5.1 Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe länge-

rer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (Urteile BGer 8C_148/2018 vom 6.7.2018 E. 6.1; 8C_382/2018 vom 6.11.2018 E. 2.2).

2.5.2 Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 f. E. 2c m.H.).

2.5.3 Zu betonen ist, dass der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können (Urteil BGer 8C_646/2019 vom 6.3.2020 E. 4.2). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, Urteil BGer 8C_331/2015 E. 2.2.2; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, Urteil BGer 8C_816/2009 E. 6, je m.H.). Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b; Urteil des EGV U 69/03 vom 7.4.2004 E. 2.3, je m.H.; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 78 f.). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 E. 2.2.2 m.H.a. 8C_521/2008 [recte: 8C_521/2011] vom 5.12.2011 E. 2.2.2 m.H.). Schliesslich führt die rechtskräftige Verneinung der Unfallkausalität eines Leidens - vorbehaltlich der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung - zur Ablehnung sämtlicher künftiger Leistungsbegehren aufgrund dieses Leidens; dies gilt auch hinsichtlich geltend gemachter Rückfälle oder Spätfolgen. Aus einem nicht (mehr) unfallkausalen Gesundheitsschaden kann aber sachlogisch nicht später ein unfallkausaler entste-

hen, auch nicht im Sinne eines Rückfalls oder einer Spätfolge (Urteile BGer 8C_359/2013 vom 27.8.2013 E. 5.1; 8C_382/2018 vom 6.11.2018 E. 6.1).

2.6.1 Die Versicherung erbringt ihre Leistungen sodann auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (vgl. Art. 6 Abs. 2 UVG).

2.6.2 Liegt eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor, so besteht die Rechtsvermutung, dass eine leistungspflichtige unfallähnliche Körperschädigung gegeben ist, auch wenn die Definitionsmerkmale eines Unfalls nicht erfüllt sind. Der Unfallversicherer kann sich von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er nachweist, dass die eingetretene Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.2.2.1; Heinrich, 1. UVG-Revision - Entwicklung der Gesetzgebung, JaSo 2017, S. 21 f.).

2.6.3 Liegt ein anerkanntes Unfallereignis vor, ergeben die medizinischen Beurteilungen aber, dass die gemeldete und diagnostizierte Listenverletzung nicht auf dieses anerkannte Ereignis zurückzuführen ist, so ist der Nachweis erbracht, dass das anerkannte Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung bildet. Damit ist aber gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50%, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist, soweit kein Hinweis auf ein nach dem anerkannten Unfall eingetretenes initiales Ereignis besteht, das Anlass zu Weiterungen geben könnte. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist diesfalls umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Pflicht befreit. Mithin erübrigt sich bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem anerkannten Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, wenn kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (vgl. BGE 146 V 51 E. 9.2; vgl. auch Urteil BGer 8C_59/2020 vom 14.4.2020 E. 6).

2.7.1 Der Sozialversicherungsprozess ist gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG bzw. Art. 61 lit. c ATSG vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2; BGE 125 V 195 E. 2; BGE 122 V 158 E. 1a m.H.). 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 ab-

zustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären, bis er mit dem im Sozialversicherungsbereich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist (vgl. BGE 146 V 51 E. 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 (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2; BGE 138 V 218 E. 6).

2.7.2 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 (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 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 (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5).

2.7.3 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang (vgl. vorstehend E. 2.2.1) muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. 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. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1; Urteil BGer 8C_410/2022 vom 23.12.2022 E. 4.2). 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 (vgl. Urteile BGer 8C_410/2022 vom 23.12.2022 E. 4.2; 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_855/2018 vom 14.3.2019 E. 3.1; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 E. 3.2).

2.8.1 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 ATSG und Art. 61 lit. c 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.

2.8.2 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen (vgl. vorstehend E. 2.2.4; Urteil BGer 8C_270/2022 vom 12.10.2022 E. 4.3). 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c m.H.; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.8.3 Auch 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 (vgl. Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2). 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. Den Beurteilungen der versicherungsinternen Ärzte sind jene der die Versicherung beratenden Ärzte gleichgestellt (vgl. Urteil BGer 8C_774/2020 vom 19.2.2021 E. 2.2). 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 (vgl. Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2 m.H.; BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2; VGE I 2022 11 vom 16.5.2022 E. 4.1 m.H.a. VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 E. 6.1).

2.8.4 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 E. 3.2 m.H.; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (vgl. Urteil BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; Urteil BGer 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 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 E. 2 m.H.).

2.8.5 Schliesslich ist eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist vielmehr, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 E. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil BGer 9C_647/2020 vom 26.8.2021 E. 4.2 in fine). 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 (vgl. BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2).

3. Zum Unfallhergang vom 7. März 2022, dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, dessen Behandlung, der fachärztlichen Beurteilungen sowie der versicherungsmässigen Fallbearbeitung ergibt sich aus den im Recht liegenden Akten was folgt:

3.1.1 In der WE-Meldung 'Tödlicher Verkehrsunfall' vom 7. März 2022, 00.28 Uhr, wurde der Sachverhalt wie folgt festgehalten (Vi-act. Polizeirapport Ziff. 5):

PKW ON 01 (...) befuhr die Südfahrbahn entgegen der Fahrtrichtung nach Norden zwischen der AS Achern und AS Bühl der BAB 5 aus bislang ungeklärter Ursache als Falschfahrer, entgegen der vorgeschriebenen Fahrtrichtung, auf dem dritten Fahrstreifen. PKW ON 02 (...) befuhr den dritten Fahrstreifen der Südfahrbahn ordnungsgemäss in Fahrtrichtung Basel.

An genannter Örtlichkeit kollidierten PKW ON 01 und PKW ON 02 frontal miteinander.

Durch die Frontalkollision wurde PKW ON 01 in nördliche Richtung abgewiesen und PKW ON 02 in südliche Richtung.

PKW ON 01 war lediglich mit dem Fahrzeugführer besetzt, im PKW ON 02 befanden sich insgesamt acht Personen.

Vorausgegangen waren vor der Unfallmeldung (0:28 Uhr) mehrere Meldungen über einen Falschfahrer. Die erste Meldung hiervon um 0:27 Uhr.

ON 01 sowie zwei Mitfahrer von PKW ON 02 waren nach der Kollision eingeklemmt und mussten durch die Feuerwehr geborgen werden. Bei ON 01 muss nach derzeitigem Stand mit dem Ableben gerechnet werden. Fahrzeugführer ON 01 wurde mit einem RTW ins KH Offenburg gebracht und dort nach derzeitigem Stand für hirntot erklärt.

Mitfahrer ON 02.02, welcher zum Unfallzeitpunkt vermutlich keinen Sicherheitsgurt angelegt hatte, wurde durch die Kollision tödlich verletzt und verstarb noch an der Unfallstelle. Alle weiteren in dem Fahrzeug ON 02 befindlichen Personen wurden teils schwer verletzt und in umliegende Krankenhäuser gebracht. Nachträglich konnte in Erfahrung gebracht werden, dass zum aktuellen Zeitpunkt zwei Personen noch in akuter Lebensgefahr schweben. Zudem sind zwei weitere Insassen schwer und drei Insassen leicht verletzt. Für die Rettung wurden zuzüglich zu den alarmierten Rettungsfahrzeugen zwei Rettungshubschrauber eingesetzt.

In einem weiteren Polizeidokument "Vermerk zu tödlichem Verkehrsunfall vom 07.03.2022" wurde zum Eintreffen an der Unfallörtlichkeit festgehalten (Vi-act. Polizeirapport Ziff. 99), von den Fahrzeuginsassen des Ford Transit seien beim Eintreffen der Funkstreifenwagenbesatzung zwei Personen auf Fahrer und Beifahrersitz [Beschwerdeführer] gesessen, im Beinbereich eingeklemmt, aber ansprechbar. Vier weitere Personen hätten sich schon ausserhalb des Fahrzeugs befunden. Hiervon seien drei neben dem Fahrzeug gestanden und einer am Boden neben dem Fahrzeug sitzend. Eine weitere Person habe sich liegend hinter dem Fahrersitz befunden und sei nicht ansprechbar gewesen; gemäss anwesenden Ersthelfern sei die Person höchstwahrscheinlich schon tot. Auf der hinteren Sitzreihe habe sich noch eine weitere, ansprechbare und nicht eingeklemmte

Person befunden. Alle ansprechbaren Personen hätten extrem unter Schock gestanden. Ersthelfer vor Ort hätten spontan angegeben, ein bis zwei der ausserhalb des Fahrzeugs befindlichen Personen seien wohl bei der Kollision aus dem Fahrzeug geschleudert worden. Um 0:36 Uhr seien die ersten Rettungskräfte sowie die Feuerwehr eingetroffen und hätten die Versorgung/Rettung der verletzten Personen von den Ersthelfern übernommen. Die Rettung der Unfallbeteiligten sei ohne grössere Komplikationen verlaufen.

3.1.2 Anlässlich der polizeilichen Einvernahme vom 7. März 2022 äusserte sich der Beschwerdeführer zum Unfall wie folgt (vgl. Vi-act. Polizeirapport Ziff. 129):

Ich war Beifahrer in dem Ford Transit. Ich habe geschlafen und bin erst durch den Unfall aufgewacht. Ich habe die Augen geöffnet und nur noch gesehen, wie wir uns gedreht haben. Ich konnte nicht aussteigen, da die Tür sich nicht öffnen ließ. Die Feuerwehr hat mich befreit.

Wir fahren von Polen aus nach Frankreich, wo wir in einem Schlachtbetrieb arbeiten. In _____ starteten wir zu viert, die anderen vier stiegen unterwegs zu. Herr G. _____ war der erste Fahrer, dann fuhr ich und als letzter fuhr Herr N. _____ dann bei dem Unfall. Ich arbeite seit sieben Jahren bei der Firma C. _____ in _____ [recte: _____] / Schweiz und wurde von dort an den Schlachtbetrieb in _____ / Frankreich vermittelt. Ich weiss aber den Namen dieses Betriebes nicht.

Ich hatte den Sicherheitsgurt an, habe davon eine Schürfwunde an der Hüfte. Ich habe Schmerzen im linken Bein, dem Rücken und Nacken.

3.1.3 In der Schadenmeldung UVG vom 8. März 2022 meldete die Arbeitgeberrin, der Beschwerdeführer habe in der Nacht auf den 7. März 2022 in Deutschland auf der Autobahn A5 einen Verkehrsunfall erlitten; betroffen sei der ganze Körper (systemische Wirkung); genannt wurde eine Bruchverletzung (vgl. Vi-act. K 1). Gegenüber der Vorinstanz konkretisierte der Beschwerdeführer den Unfallhergang am 8. März 2022 insoweit, als er als Beifahrer auf dem Weg zur Arbeit frontal von einem entgegenkommenden Falschfahrer erfasst worden sei; er habe zum Zeitpunkt des Unfalls geschlafen (vgl. Vi-act. K 4).

3.2 Der Beschwerdeführer befand sich vom 7. bis 8. März 2022 im Klinikum Mittelbaden in stationärer Behandlung. Mit Entlassungsanzeige (eingegangen bei der Vorinstanz am 14.3.2022) wurde als Haupt- bzw. Entlassungsdiagnose Prelung der Lumbosakralgegend und des Beckens genannt; am 7. März 2022 seien eine native CT des Schädels, der Wirbelsäule und des Rückenmarks, eine computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung sowie eine CT des Abdomens und des Thorax mit Kontrastmittel erfolgt (vgl. Vi-act. M 1). Mit vorläufigem Entlassbrief vom 7. März 2022 hielt der Assistenzarzt O. _____ des Klinikum

Mittelbaden, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, was folgt fest (vgl. Vi-act. M4):

Diagnosen Beckenprellung

Therapie konservativ
schmerzadaptierte Mobilisation
Analgesie

Anamnese und Untersuchungsbefund

Einlieferung mit RD als Polytrauma / Schockraum

... Anamnese erschwert, da Pat. polnisch ist.

Patient hat Prellmarke am Becken vom Gurt. Motorhaube des Autos komplett zerlegt, Pat. war im Fahrzeug eingeklemmt. War wach und kreislaufstabil.

...

Befund bei Aufnahme:

Wach, ansprechbar GCS 15, kein Stiffneck.

Sätt. 100%, HF 110, RR 160/90.

Am Kopf keine Verletzungen, Nacken frei.

Thorax und Abdomen stabil, WS nicht druckdolent. Extremitäten frei, Beckenschlinge anliegend, Abschürfungen Spina iliaca ant sup bds.

RD: kein Blut am Fingerling, keine Reithosenanästhesie

FAST-Sono: freie Flüssigkeit perivesikal, ansonsten unauffällig.

CT Polytrauma Schädel/MG/HWS/Körperstamm vom 07.03.2022

CCT: Keine Blutung.

HWS: Reguläre Stellung. Keine Fraktur.

Thorax: seitengleiche Lungenbelüftung. Kein Pneumothorax. Keine Pleuraergüsse.

Dorsale Dystelektasen re> li.

Abdomen: Keine Organverletzung. Keine freie Flüssigkeit.

Becken: Kein Frakturachweis. Keine Symphysensprengung.

BWS/LWS: Kein Anhalt für Fraktur. Reguläre Stellungsverhältnisse.

Abdomensonographie vom 08.03.2022

Homogene Darstellung des Leberparenchyms ohne Kapselhämatom. Auch unauffällige Darstellung der Milz ohne Zeichen eines Hämatoms oder einer Lazeration. Keine freie Flüssigkeit. Auch im kleinen Becken keine freie Flüssigkeit. Unauffällige Darmschlingen. Aorta normalkalibrig. Abdominell keine Druckschmerzen.

Beurteilung: Weiterhin keine freie Flüssigkeit.

Therapie und Verlauf

Die stationäre Aufnahme des oben genannten Patienten erfolgte bei Beckenprellung als Folge eines Autobahnunfalls. Es erfolgte eine Schnittbildgebung (siehe Polytrauma CT). Unter adäquater Analgesie und physiotherapeutischer Anleitung erfolgte eine Mobilisation. Die sonographische Verlaufskontrolle zeigte einen regelrechten Befund ohne freie Flüssigkeiten.

Wir entlassen Herrn A. _____ in gebessertem Allgemeinzustand ins häusliche Umfeld.

Procedere

Fachchirurgische Weiterbetreuung empfohlen. Adäquate Anpassung der Analgesie empfohlen. Fortsetzen der physiotherapeutischen Massnahmen empfohlen. Radio-

logische Verlaufskontrollen empfohlen. Thromboseprophylaxe bis zum Erreichen des prästationären Mobilisationsniveaus.

3.3 Nach seiner Entlassung am 8. März 2022 gelangte der Beschwerdeführer am darauffolgenden Tag in Polen an P._____ (Facharzt für Allgemeinchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie). Dieser untersuchte den Beschwerdeführer am 9. März 2022 und dokumentierte (vgl. Vi-act. K 27/1 [aus dem Polnischen beglaubigte Übersetzung] i.V.m. Vi-act. K 27):

Arztbesuch 09.03.2022

...

Polytrauma (CT - Polytrauma - ohne Änderungen)

Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule C, Muskel- und Beckenschmerzen

Physikalisch: Beschränkung des vollen Bereichs der Beweglichkeit der Halswirbelsäule

Subkutane Hämatome im Bereich der Hüftplatten und Unterbauch

Subkutane Hämatome am linken Unterschenkel

T00, S13, S30, S80

Contusio universalis pp coll, vertebralis pars cervicalis et pelvis, cruris sin Schantzkragen

Er hat Medikamente.

L4 [Arbeitsunfähigkeit] - 09.03.-07.04.2022

Am 7. April 2022 erfolgte eine Verlaufskontrolle beim behandelnden Facharzt P._____. Die Diagnose sei unverändert, der Beschwerdeführer berichte über eine Verbesserung. Er dokumentiert zudem resorbierte Hämatome im Bereich des Unterbauchs. Der Beschwerdeführer melde Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule C und Th und Schmerzen im Bereich der linken Hüfte sowie Taubheit der linken Hand (vgl. Vi-act. K 27/2 i.V.m. Vi-act. K 27/7). Die Arbeitsunfähigkeit blieb attestiert bis 6. Mai 2022.

Zur Konsultation vom 21. April 2022 notiert Facharzt P._____ am 21. April 2022, es sei vor 7-10 Tagen zu Ohnmacht in der Kirche gekommen. Weiter melde der Beschwerdeführer die Taubheit in der linken Hand. Facharzt P._____ veranlasste ein EEG durch die Neurologin Q._____ bei Diagnose ICD-10 T94.0 (Folgen von Verletzungen, die viele Körperregionen umfassen), Zustand nach Polytrauma vom 7. März 2022 mit Kopfprellung und Zustand nach mehrmaliger Ohnmacht (nach Trauma) zu erheben mit dem Ziel, den Ausschluss von Veränderungen in "OUN" zu klären (vgl. Vi-act. K 27, M 2). Die Fachärztin für Neurologie veranlasste sodann eine MRT-Kopfuntersuchung mit Kontrastmitteln (vgl. Vi-act. M2/M3).

Anlässlich einer weiteren Verlaufskontrolle vom 6. Mai 2022 hielt der behandelnde Facharzt P._____ im Wesentlichen an seinen oberwähnten Ausführungen fest; er erwarte EEG per 11. Mai 2022 (vgl. Vi-act. K 27).

In der Verlaufskontrolle vom 8. Juni 2022 habe der Beschwerdeführer weiterhin über Schmerzen und Taubheit der linken Hälfte geklagt; darüber hinaus hielt der behandelnde Facharzt P._____ fest (vgl. Vi-act. K 27/3 i.V.m. Vi-act. K 27/8):

RM Kopf ohne Änderungen
EEG - Änderungen von Anfallcharakter. Er erwartet den Neurologen.
Epi?
Verbesserung im Bereich der Halswirbelsäule
...

Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 6. Juli 2022 notierte Facharzt P._____, die neurologische Beratung sei erfolgt; der Beschwerdeführer sei zum Kardiologen überwiesen worden. Zudem vermerkt er, der Beschwerdeführer melde 'vorübergehend' [im Original 'okresowo', was korrekterweise mit 'periodisch' zu übersetzen ist] die Schmerzbeschwerden Hals und der linken Hüfte (vgl. Vi-act. K 27).

Zur Verlaufskontrolle vom 4. August 2022 notiert Facharzt P._____, der kardiologische Untersuch sei erfolgt und zeige einen Normalbefund; noch offen sei Neurologie; der Beschwerdeführer informiere über weitere Verbesserung. Auch für den 31. August 2022 ist eine weitere Verbesserung dokumentiert.

Am 4. sowie 31. August 2022 folgten weitere Arztbesuche beim behandelnden Facharzt P._____ bei gleichbleibender Diagnose und weiterer Verbesserung (vgl. Vi-act. K 27/4 i.V.m. Vi-act. K 27/8).

Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 21. September 2022 ergänzte der behandelnde Facharzt P._____ die Verlaufsakten dahingehend, als der Beschwerdeführer seit einigen Tagen über zunehmende Schmerzbeschwerden "ca. L - mit Strahlung nach LDK" geklagt habe (vgl. Vi-act. K 27/4 i.V.m. Vi-act. K 27/8).

Facharzt P._____ attestierte dem Beschwerdeführer für den gesamten Zeitraum seit dem 9. März 2022 eine volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. Vi-act. K 27).

3.4.1 Infolge der fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit wurde der Beschwerdeführer durch die Vorinstanz zu einer versicherungsmedizinischen Untersuchung in der Schweiz aufgeboten; diese fand am 29. September 2022 statt (vgl. Vi-act. K5ff.).

3.4.2 Unter Hinweis auf die ihm zur Verfügung stehenden Akten (vgl. vorstehend E. 3.2 und E. 3.3.3) sowie auf das Beisein des Dolmetschers des Beschwerdeführers beantwortete der beauftragte Vertrauensarzt Dr.med. H._____ (Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH) in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 5. Oktober 2022 die Fragen der Vorinstanz wie folgt (vgl. Vi-act. M5):

1. Anamnese?

2. Welche Beschwerden äussert die versicherte Person?

1 und 2) Anamnese:

Er berichtet, dass er am rechten Auge Probleme habe, dies sei optisch zu vorher leicht verändert, des Weiteren sei er zweimal nach dem Unfall umgefallen, einmal in der Kirche. Jetzt sei er deswegen in neurologischer Abklärung und Behandlung. Bez. des Beckens keinerlei Probleme mehr. Angesprochen auf leichte evt. Arbeitsspuren im Sinne an der Haut haftender dunkler Spuren wird ein in polnisch verfasster Bericht vom als "Dolmetscher" tätigen Hr. R. _____ ausgehändigt, bei dem es sich um einen psychiatrischen Bericht wegen dementsprechenden Problemen handeln soll. Dieser Bericht wird im Original den DVDs zum Versand an die Versicherung beigelegt. Dem Becken gehe es gut. Leichter lokaler Druckschmerz linksbetont.

3. Welche Befunde erheben Sie?

3) Untersuchung:

Grösse 182cm, Gewicht 87kg

Inspektorisch unauffällige Verhältnisse mit rechtsthorakaler Verkrümmung der Wirbelsäule bei ausgeglichenem Schultergeradstand, das in die Hocke gehen gelingt vollständig, wobei der linke Fuss etwas nach vorne gesetzt wird, Aufrichten ohne Kletterphänomen mit 5 cm Finger-Boden-Abstand.

Inklination/Reklination der Gesamtwirbelsäule 50/0/30 Grad

Seitneigung links/rechts der Gesamtwirbelsäule 30/0/30 Grad

Rotation der Gesamtwirbelsäule links/rechts 45/0/45 Grad

Axialer Druck verursacht unspezifische linksbetonte Schmerzen im Beckenbereich, in Rückenlage inspektorisch etwas dunkle Verfärbung links in Höhe der Beckenschaukel ohne sonstige lokale (Sensibilität) oder funktionelle (Bewegung Rücken, Becken, Hüfte) Auffälligkeiten bei lediglich leichter lokaler Druckdolenz. Allseits Normosensibilität.

Leicht schmerzhaft ungestörte Hüftflexion links:

Flexion/Extension Hüfte links 100/0/0, rechts 110/0/0 Grad

Innen-/Aussenrotation Hüfte links 20/0/20, rechts 30/0/30 Grad

Abduktion/Adduktion Hüfte links 30/0/10, rechts 40/0/10 Grad

Beinlängengeradstand, symmetrische Muskulaturausprägung allseits der Extremitäten, keine Dystrophie, lebhaft Patellar- und Achillessehnenreflexe.

Im Barfussgang unauffällig, kein Nystagmus, normale Augenfolgebewegungen, sicherer Einbeinstand.

Röntgen:

Radiologisch nur ein blandes Schädel-CT vorhanden, welches am Unfalltag angefertigt wurde: kein pathologischer Befunde (da Pat. beim Unfall fremdanamnestisch schlief) [im Bericht eingefügt ist ein Bild des Schädel-CT]

4. Welche Diagnosen stellen Sie?

4) St. nach Beckenprellung

5. Wie beurteilen Sie die Arbeitsunfähigkeit?

a. In der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin?

b. in einer der Einschränkungen angepassten Tätigkeit? Bestehen eventuell funktionale und zeitliche Einschränkungen?

5a und b) Angesichts der anamnestischen Angaben von 2 Synkopen zeitlich nach dem Unfallereignis ist hier aufgrund nicht vorhandener hirnerkranklicher und/oder cerebraler objektivierbarer nachgewiesener Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlich kausaler Zusammenhang dieser gerade in neurologischer Abklärung und ggf. Behandlung befindlichen Symptome erkennbar. Die erlittene Beckenprellung führt zu keiner objektiv feststellbaren Funktionseinschränkung, so dass hier die volle Arbeitsfähigkeit im Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ab sofort festgestellt werden kann.

Der als "Dolmetscher" fungierende Bekannte Herr R. _____ protestiert sogleich heftig und wird zur Mässigung und Objektivität aufgefordert. Die Beurteilung wird nicht verstanden: "Der Versicherte sei "krank" vom Unfall und dies sei so". Die Diskussion wird aufgrund fehlender sachlicher Bereitschaft zur Einsicht aus zeitlichen Gründen vom Arzt für beendet erklärt um eine evt. Eskalation zu vermeiden.

6. *Heilbehandlung: Ist der Endzustand erreicht oder sind weitere Behandlungsmassnahmen angezeigt? Wenn ja, welche?*

6) Eine Behandlung ist nicht mehr aus natürlich kausalen Gründen überwiegend wahrscheinlich aufgrund von fehlenden Unfallfolgen ausgewiesen.

7. *Prognose, Vorschläge, Bemerkungen?*

7) Endzustand ohne Integritätsschaden.

3.4.3 Mit Verfügung vom 7. Oktober 2022 verneinte die Vorinstanz gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr.med. H. _____ vom 5. Oktober 2022 einen weiteren Anspruch auf Heilkostenleistungen per 7. Oktober 2022 und Taggeldleistungen über den 15. Oktober 2022 hinaus. Dies mit der Begründung, es bestünde wegen der Unfallfolgen keine Behandlungsbedürftigkeit mehr und er sei in seiner Tätigkeit als Fleischer aufgrund der Unfallfolgen ab sofort zu 100% arbeitsfähig (vgl. Vi-act. K12). Diese Verfügung trat unangefochten in Rechtskraft.

3.5 Eine weitere Verlaufskontrolle vom 1. Oktober 2022 bei Facharzt P. _____, war unauffällig; es wurde noch eine Arbeitsunfähigkeit bis 31. Oktober 2022 attestiert. Zur Verlaufskontrolle vom 26. Oktober 2022 dokumentierte Facharzt P. _____ eine weitere Verbesserung, die Behandlung sei beendet worden. Am 26. Januar 2023 fand noch ein Beratungsgespräch statt, ohne dass hierzu Details oder Gesundheitsangaben dokumentiert worden wären (vgl. Vi-act. K 27).

Per 1. November 2022 nahm der Beschwerdeführer seine volle Erwerbstätigkeit wieder auf (vgl. Vi-act. K16).

3.6 Mit Arztzeugnis vom 25. November 2022 von Dr.med. F. _____ (Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie) wurde die Vorinstanz über eine neuerliche 100%-ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers informiert, worauf die Vorin-

stanz zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Dr.med. F. _____ um einen Bericht ersuchte (vgl. Vi-act. K15-17/21).

3.7.1 Mit einem am 21. Dezember 2022 bei der Versicherung eingegangenen Schreiben meldete der Beschwerdeführer zum Unfallereignis vom 7. März 2022 einen "Rückfall / Folgeschäden / Spätfolgen" (Vi-act. K 16). Er sei nach dem Unfall bis 31. Oktober 2022 krankgeschrieben gewesen. Dr.med. H. _____ habe ihn laut Verfügung vom 7. Oktober 2022 für voll arbeitsfähig erklärt. Trotz Schmerzen / Beschwerden und Erschöpfung, w.a. Medikamenteneinnahme (wodurch seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit wohl noch zusätzlich erheblich beeinträchtigt werde), habe er seine Arbeit am 1. November 2022 wieder aufgenommen und habe bis zum 25. November 2022 gearbeitet. Ab Ende November sei gar nichts mehr gegangen, es sei für ihn absolut unmöglich, weiterzuarbeiten. Er sei erneut 100% arbeitsunfähig. Zu seinen bereits schon bestehenden gesundheitlichen Beschwerden seien noch zusätzlich weitere dazugekommen, u.a. Beinschwellung mit extremen Schmerzen. Aufgrund dieser und der Rückenschmerzen habe er einen Facharzt aufgesucht. Der habe Wassereinlagerung / Beinödem diagnostiziert, weitere Untersuchungen angeordnet und ihn bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig geschrieben. Dem Schreiben legte er Unterlagen bei.

3.7.2 So erfolgte am 6. Dezember 2022 auf Veranlassung von Dr.med. F. _____ ein MRI der LWS mit ISG und des rechten Knies nach einem Polytrauma bei einem schweren Autounfall auf der Autobahn mit Exitus eines Mitfahrers bei klinischen Angaben von Lumboischialgie rechts mit Dysästhesie und Gonalgie rechts mit Schwellung (vgl. Vi-act. M7). In seinem Bericht vom 6. Dezember 2022 an den zuweisenden Arzt gelangte Dr.med. J. _____ (Facharzt Radiologie) dabei zu folgender Beurteilung (vgl. Vi-act. M8):

Befund:

Keine Voruntersuchung vorliegend.

LWS/ISG:

Stellung/Knochen: In Rückenlage normale Stellung und harmonisches Alignment. Kein Knochenmarksödem und kein anderer Hinweis auf Fraktur. Chronische intraspongiöse Hernie in der Bodenplatte LWK 3 posterior und Deckplatte LWK 4 anterior.

Conus/Cauda: Conus medullaris und Gauda equina sind normal.

LWK 1/2: Normalbefund.

LWK 2/3: Normalbefund.

LWK 3/4: Kleine intraspongiöse Hernien. Im übrigen Normalbefund.

LWK 4/5: Normalbefund.

LWK 5/SWK 1: Leichte Diskopathie mit Signalverlust des Nucleus pulposus und fokaler medianer Diskushernie/Protrusion bei Anulus fibrosus Fissur. Foraminal

rechts Kontakt zwischen Diskus und Ganglion spinale, aber keine Neurokompression.

ISG: Kleine vaskuläre Läsion inferiorer im Os ilium links. Im übrigen Normalbefund.

Knie rechts:

Kleinvolumiger Gelenkerguss. Keine Baker-Zyste.

Mediales Kompartiment: Der Meniskus hat eine normale Form und Signalgebung. Kein Meniskusriss. Knorpel, subchondrales Knochenmark, Kollateralband, Pes anserinus und Semimembranosus-Sehne sind normal. Zerrung des Musculus gastrocnemius caput mediale mit Flüssigkeitslamellen myofasziale und geringer auch intramuskulär. Kein Hämatom.

Interkondylär: Neuer die Kreuzbänder sind intakt. Interkondylär multilokuläres Ganglion (9 x 19 x 11 mm). Zarte infrapatelläre Plica und superiorer Schlitz im Hoffa'schen Fettkörper als Varianten. Die Spitze des Hoffa'schen Fettkörpers ist irregulär begrenzt.

Laterales Kompartiment: Der Meniskus hat eine normale Form und weist im Vorderhorn einen kurzen vertikalen Riss auf. Im Vorderhorn zu dem Meniskusganglion (10 x 6 x 13 mm) bei diskretem oder teilweise verheilten horizontalen Riss. Knorpel, subchondrales Knochenmark, Kollateralbänder, Tractus iliotibialis, Bizepssehne, Popliteus-Sehne, Strukturen der posterolateralen Ecke und proximales Tibiofibulargelenk sind normal.

Femoropatellär: Knorpel, subchondrales Knochenmark und Streckapparat sind normal. Flächiges Weichteilödem angrenzend an das Retinakulum laterale bis in den Hoffa'schen Fettkörper.

Beurteilung:

LWS/ISG:

- Keine Fraktur.
- Auf Höhe LWK 5/SWK 1 degenerative Diskopathie mit fokaler medianer Diskushernie/Protrusion sowie im Neuroforamen rechts Kontakt zwischen Diskus und Wurzeln L5, aber keine Neurokompression.
- Unauffällige ISG.

Knie rechts:

- Zerrung des Musculus gastrocnemius caput mediale.
- Flächiges Weichteilödem anterolateral entlang des Retinakulums bis in den Hoffa'schen Fettkörper, gut vereinbar mit einer direkten Traumafolge.
- Im Vorderhorn des lateralen Meniskus kurzer vertikaler Riss und diskreter horizontaler Riss mit Meniskusganglion.
- Keine ligamentäre Verletzung.
- Interkondyläres Ganglion entlang des VKB.

3.7.3 Eingereicht hat der Beschwerdeführer sodann eine Arztbescheinigung des Facharztes für Psychiatrie M. _____ vom 14. Oktober 2022 (Übersetzung vom 6.12.2022), welcher dem Beschwerdeführer eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) attestierte und dazu bemerkte (vgl. Vi-act. M6):

Der Patient hat sich mit den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung PTBS gemeldet, die infolge des Verkehrsunfalls auf dem Weg zur Arbeit in der Schweiz erfolgte. Er wird auch psychotherapeutisch behandelt. Es wurde Arzneimitteltherapie eingeführt. Er bedarf der weiteren psychologischen und medizinischen Kombinationsbehandlung. Die Prognose ist ungewiss.

3.7.4 Mit Bericht vom 16. Januar 2023 hielt der behandelnde Arzt Dr.med. F._____ fest, der Beschwerdeführer sei seit dem 25. November 2022 in seiner Behandlung; er leide an akuten Schmerzen im Kniegelenk und an der unteren LWS mit Ausstrahlung in beide unteren Extremitäten sowie Schwellung der Beine; bei längerem Stehen folge eine Schwellung des rechten Kniegelenks; auch leide der Beschwerdeführer nach dem schweren Unfall an kontinuierlichen Schmerzen im Rücken, beiden Hüften, am rechten Kniegelenk und am Fuss; er habe trotz Schmerzen weiter gearbeitet; indes sei der Punkt erreicht, in dem er seiner Arbeit nicht mehr nachkomme; er habe eine Steroidinfiltration in den Rücken organisiert; was lediglich drei Tage geholfen habe, weshalb er eine weitere Infiltration in Aussicht gestellt habe; sollte dies zu keiner Besserung führen, stelle er den Beschwerdeführer einem Rückenchirurgen vor; aus seiner Sicht handle es sich hier um Unfallfolgen (vgl. Vi-act. M 9).

3.8.1 Die neuen Berichte über die geklagten Beschwerden unterbreitete die Vorinstanz Dr.med. H._____, der seine Aktenbeurteilung am 18. Januar 2023 erstattete (vgl. Vi-act. M 10). Auf die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs antwortete er mit nein, die beklagten Beschwerden stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (<50%) in natürlichem Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis vom 7. März 2022. Als Begründung hierfür führte er aus (Hervorhebungen im Original):

Der Versicherte, welcher anlässlich einer Frontalkollision als Beifahrer geschlafen hatte, erlitt gemäss stationärer Aufnahme am Unfalltag im Klinikum Mittelbaden gemäss Bericht für einen Tag eine Beckenprellung bei - nach ausführlicher klinischer und bildgebender Abklärung (Trauma-CT, Sono Abdomen, klinische Untersuchung) - eindeutig fehlenden strukturell objektivierbaren Unfallfolgen. Dies blieb auch im Verlauf gleich, wobei der Versicherte anlässlich einer persönlichen Untersuchung am 29.09.2022 weder über Rücken-, noch über Knieschmerzen berichtete. Dass subjektive Beschwerden gemäss MRT-Abklärung von LWS und Knie rechts nach diesem Untersuchungstermin und nach Wiederaufnahme der Arbeit entstanden, steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem natürlich kausalen Zusammenhang zu dem Unfallereignis.

Angemerkt werden muss, dass die Bemerkung des befundenden Radiologen (MRT Knie) am 06.12.2022 Dr. J._____ *"Flächiges Weichteilödem anterolateral entlang des Retinakulums bis in den Hoffa'schen Fettkörper, gut vereinbar mit einer direkten Traumafolge."*

ohne jegliche Kniebefunde nach dem Ereignis 9 Monate zuvor mit stark überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht traumatisch entstandener Natur war. Der Radiologe sieht die Schwellung als Weichteilödem, welche orthopädisch in dieser Region bei krankhaften Reizungen des Hoffa-Fettkörpers gewöhnlich anzutreffen ist. Dies erlaubt bildgebend ohne klinische Angaben von Knieschmerzen oder -befunden 9 Monate lang nach dem Ereignis mit eindeutiger und überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen von ihm gezogenen Rückschluss auf eine traumatische Genese, welche sehr unwahrscheinlich - bei fehlenden Symptomen 9 Monate lang - ohne

dokumentierte Mitbeteiligung dieses Knies am Ereignistag und Untersuchungstag (29.09.2022) ist. Der meniskale laterale Riss ohne Bandläsion und wie mehrfach erwähnt ohne Kniesymptome 9 Monate lang nach dem Ereignis ist ebenfalls und eindeutig überwiegend wahrscheinlich rein krankhafter Natur.

An der Lendenwirbelsäule wurden ebenfalls niemals im Zusammenhang mit dem Ereignis Beschwerden angegeben. Erstberichtlich und stationär abgeklärt, wie oben zitiert, wurden im Klinikum Mittelbaden "*frei bewegliche Extremitäten und eine indolente Wirbelsäule*" (Bericht 07.03.2022) klinisch dokumentiert und bildgebend abgeklärt (Trauma CT= Spiral-CT) festgestellt.

Die anlässlich der MRT-Untersuchung der LWS am 06.12.2022 befundene Diskushernie Niveau L5/S1 ist ausschliesslich und überwiegend wahrscheinlich 9 Monate nach dem Ereignis rein krankhaft-degenerativer Natur. Dies begründet sich mit 9 Monate lang fehlenden Rückenbefunden und -beschwerden und steht in keinem natürlich kausalen Zusammenhang zu dem Ereignis.

Somit kann eingehend begründet die aktuelle Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 07.03.2022 zurückgeführt werden. Es handelt sich an Knie, LWS und auch bez. in Übersetzungsberichten genannten cerebralen Symptomen um keine überwiegend wahrscheinlichen Ereignisfolgen zu dem Unfall am 07.03.2022.

Ein Status quo ante vel sine ist somit spätestens 6-8 Wochen nach dem Ereignis als eingetreten zu bewerten (Endzustand ohne Integritätsschaden gemäss Untersuchungsbericht 29.09.2022)

3.8.2 Mit Verfügung vom 19. Januar 2023 beantwortete die Vorinstanz die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Rücken- und Kniebeschwerden rechts und dem Unfall vom 7. März 2022 (Vi-act. K 21). Sie bestätigte gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr.med. H._____, die aktuellen Rücken- und Kniebeschwerden rechts seien nicht mehr auf das Unfallereignis vom 7. März 2022 zurückzuführen, weshalb die Versicherungsleistungen eingestellt blieben.

3.9.1 Nachdem der Beschwerdeführer mit Einsprache vom 16. Februar 2023 (ergänzt am 27.3.2023) vorbrachte, der beauftragte Versicherungsmediziner bzw. die Vorinstanz habe sich weder mit dem Meniskusriss unter dem Aspekt von Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG noch mit den psychischen Beschwerden bzw. der diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung auseinandergesetzt (vgl. Vi-act. K 28/3 [Ziff. 5/6]), gelangte die Vorinstanz mit weiteren Fragen an ihren beratenden Versicherungsmediziner Dr.med. H._____. Mit Aktenbeurteilung vom 14. April 2023 bekräftigte er seine frühere Beurteilung, wonach die beklagten Beschwerden / objektiven Befunde nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (<50%) in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehen. Als Begründung führte er aus (vgl. Vi-act. M 11/6-8):

Medizinische Begründung

Ehemalige Hämatome führen zu unbedeutenden Hautverfärbungen ohne strukturell objektivierbare Schäden der Haut und darunter liegender Strukturen, dies ist hier bildgebend mit Durchführung der MRT-Untersuchung von LWS, Knie rechts und ISG am 06.12.2022 dokumentiert:

[Zitat Beurteilung MRT-Befund vom 6.12.2022, oben E. 3.7.2]

Nun stellt die *Hoffa-Fettkörper Verdickung* am rechten Knie gemäss obigem MRT-Befund 9 Monate nach dem Ereignis bei fehlenden Kniebeschwerden am Ereignistag und im Bericht in der Heimat (Polen) vom 26.04.2022 (Kopf- und Beckenprellung) bei fehlenden strukturell objektivierbaren Unfallfolgen an diesem Knie mit eindeutiger und überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Befund dar, welcher auf das Ereignis natürlich kausal zurückgeführt werden darf. Die radiologische Interpretation ist hier nicht verwertbar.

Hinsichtlich der seitens Beschwerdeführer vorgebrachten ganglinös durchsetzten Meniskusläsion am rechten Knie und Vorliegen einer Listenverletzung (Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG) gelangt Dr.med. H._____ zum Schluss, sie sei rein krankhafter Natur - vorwiegend und überwiegend wahrscheinlich. Zur Begründung zitiert er verschiedene gutachterlich relevante Literaturarbeiten mit Kriterien zur Abgrenzung traumatischer und degenerativer Meniskusläsionen. So sei eine traumatische Meniskusläsion nur möglich, wenn die physiologischen Bewegungs- und Belastungsgrenzen überschritten würden, wobei dann jedoch gefordert werde, dass auch schützende Strukturen wie der Kapselbandapparat mitgeschädigt seien (Meniskusschaden als sehr häufige Folge einer unhappy Triad). Kniegelenksverletzungen würden in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als Kombinationstraumen, seltener als Monoverletzung imponieren. Die Form des Meniskusrisses spiele eine eher untergeordnete Rolle. Vorliegend sei über die Belastung des Knies beim Unfall nichts bekannt, sei doch das Knie auch mehr als 4 Wochen nach dem Ereignis nicht erwähnt worden. Weiter hält er fest, es erübrige sich festzustellen, dass eine Erstdiagnose eines degenerativ ganglinös durchsetzten Meniskus in keinem vorwiegenden und überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zum Unfallereignis stehe. Und bezogen auf die im vorliegenden Fall bekannten anamnestischen und klinischen befundlichen Angaben liege mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bei Ganglien am Meniskus, fehlender Klinik zeitnah zu dem Ereignis und fehlenden Bandschäden bei krankhafter Hoffa-Reizung kein vorwiegender und überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang zu dem Ereignis am 7. März 2022 vor.

Was die vom Beschwerdeführer geklagten psychischen Beschwerden anbelangt, führte Dr.med. H._____ aus, der Beschwerdeführer hätte während der Untersuchung (vom 29.9.2022) zu keinem Zeitpunkt erkennen lassen, psychische Belastungen relevanter Art aufzuweisen. Er erinnere sich sehr gut, da der Beschwerdeführer während des Ereignisses als Einziger der Mitfahrenden im Minibus geschlafen und die geringsten Befunde aufgewiesen habe. Ob der Be-

schwerdeführer die geltend gemachte Diagnose einer PTBS aufweise, könne er nicht beurteilen. Er könne aber sehr wohl mit hoher Wahrscheinlichkeit bis an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beurteilen, dass der Beschwerdeführer keinerlei somatische Befunde mit Folgen nach dem Unfallereignis aufweise.

3.9.2 Basierend auf der Aktenbeurteilung von Dr.med. H._____ vom 14. April 2023 lehnte die Vorinstanz eine Leistungspflicht für die Kniebeschwerden rechts und psychische Beschwerden mit Verfügung vom 20. April 2023 ab (Vi-act. K 36). Der Meniskusriss (Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG) sei mit über 50% Wahrscheinlichkeit auf eine Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen und bezüglich psychische Beschwerden fehle der adäquate Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 7. März 2022.

3.10.1 Am 17. Mai 2023 erhob der Beschwerdeführer neuerlich Einsprache. Dr.med. H._____ verkenne bezüglich Meniskusriss, dass die Leistungspflicht der Unfallversicherung bei Vorliegen einer Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG nicht von einem konkreten Unfallereignis abhängig sei; ausschlaggebend sei einzig, ob eine Verletzung gemäss der in Art. 6 Abs. 2 UVG geführten Liste vorhanden sei und ob diese nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Die versicherungsärztlichen Ausführungen, welche Ereignisse geeignet oder ungeeignet seien, sei bei der Beurteilung der Listenverletzung hinfällig. Und nur weil Ganglien am Meniskus bestünden und keine Bandläsion vorliege, sei der Nachweis einer vorwiegenden Abnützung / Erkrankung nicht erbracht. Ganglien seien in vielen Fällen nicht als Anzeichen eines degenerativen Geschehens zu werten und zudem komme es sehr auf deren Lokalisation an, wozu sich der Versicherungsmediziner nicht äussere. Auch das Vorliegen eines vertikalen Risses erwecke Zweifel an seiner Beurteilung, begründe er doch nicht, weshalb dieser als degenerativ zu werten sei. Schliesslich spreche der MRT-Befund vom 6. Dezember 2022 von einer traumatischen Verletzung. Weiter bestritt der Beschwerdeführer, dass die Behandlung abgeschlossen und der Zeitpunkt der Adäquanzprüfung erreicht sei. Hierzu müsse der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt sein, was er nicht sei. Zudem sei die Adäquanzprüfung fehlerhaft erfolgt.

3.10.2 Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Versicherung bei Dr.med. H._____ eine weitere Aktenbeurteilung ein. In der Beurteilung vom 15. Juni 2023 wiederholte er zum einen seine früheren Beurteilungen. Sodann bestätigte er auf die Frage nach Körperschädigungen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG, es liege eine gesicherte Körperschädigung vor, nämlich ein Meniskusriss; er sei vorwiegend (> 50%) auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen (Vi-act. M 12). Im

Vergleich zur Beurteilung vom 14. April 2023 würden seitens Beschwerdeführer keine neuen Erkenntnisse vorgetragen. Die subjektive Interpretation der meniskalen Rissform sei das am wenigsten wichtige Kriterium für die Beurteilung der Genese; die obligaten Kriterien müssten erfüllt sein. Bei Bandstabilität fehlten vorliegend jegliche Kriterien gutachterlich relevanter Natur für eine traumatische Meniskusläsion bezogen auf das Ereignis vom 7. März 2022. Weiter hält er fest, ganglinöse Strukturen am Meniskus würden als klinisch eindeutige Degenerationszeichen gelten; über traumatisch entstandene Meniskusganglien lägen keinerlei Literaturarbeiten ausser einem Case-Report (Einzelfall ohne Evidenz) vor. Bezüglich der vorgebrachten Rücken-, Hüft- und Beinbeschwerden lägen keine strukturell objektivierbaren Befunde vor. Ein Behandlungsbedarf über ein Jahr sei bei einer Erstdiagnose einer Beckenprellung nicht erkennbar; weitere Diagnosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien nicht erkennbar hinzugekommen.

3.11 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. Juni 2023 (vgl. Vi-act. K 43) gelangte die Vorinstanz zum Schluss, dass gestützt auf die medizinischen Beurteilungen von Dr.med. H. _____ vom 5. Oktober 2022, 18. Januar 2023, 14. April 2023 und 15. Juni 2023 an den Verfügungen vom 19. Januar 2023 und vom 24. April 2023 festgehalten werde. Der Beschwerdeführer sei rechtsgenügend abgeklärt worden; es seien daher auch keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig. Die bestehenden Rücken- und Kniebeschwerden rechts seien spätestens acht Wochen nach dem Unfall vom 7. März 2023 (recte: 2022) nicht mehr darauf zurückzuführen. Die Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG (Meniskusläsion Knie rechts) sei mit über 50% Wahrscheinlichkeit auf eine Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Die psychischen Beschwerden seien mangels Adäquanz nicht auf das Unfallereignis vom 7. März 2022 zurückzuführen. Zusammenfassend bestehe kein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen, sodass die Versicherungsleistungen eingestellt blieben.

4. Die Vorinstanz stützt sich in ihrem Entscheid auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Dr.med. H. _____, soweit es um die Leistungspflicht infolge somatischer Beschwerden geht. Es ist diesbezüglich die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten (welche für beratende Ärzte ebenso zur Anwendung gelangt, Urteil BGer 8C_672/2020 vom 15.4.2021 E. 2.3) zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 E. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 E. 6.1). Was die psychischen Beschwerden anbelangt, so äusserte sich Dr.med. H. _____ explizit nicht dazu (vgl. Vi-act. M 11); die Vorinstanz liess die Frage der natürlichen Kausalität etwaiger psychischer Beschwerden

denn ausdrücklich auch offen, da sie ohnehin die Adäquanz verneinte (vgl. hierzu oben E. 2.2.3).

5.1 Ein wesentliches Kriterium für die Frage, ob einer Beurteilung eines beratenden Arztes voller Beweiswert beigemessen werden kann, ist die Gewissheit, dass die Beurteilung für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und insbesondere in Kenntnis der umfassenden Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist (vgl. oben E. 2.8.3). Es steht dies mitunter im Zusammenhang mit der die Sozialversicherung treffenden Untersuchungspflicht, die so lange dauert, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (SVR 2013 UV Nr. 9 S. 29, Urteil BGer 8C_592/2012 E. 5.1 m.H.).

5.2 Vorliegend ist der Vorinstanz eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorzuwerfen.

Nachdem die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers anhielt, ist es nachvollziehbar, dass ihn die Vorinstanz für einen vertrauensärztlichen Untersuch aufbot (hierzu sei aber doch vermerkt, dass sich in den dem Gericht von der Vorinstanz zugestellten Akten keinerlei Unterlagen finden hinsichtlich Beschluss und Aufgebot zu dieser Untersuchung. Auch weitere Indizien bestätigen den Verdacht, dass die Vorinstanz dem Gericht nicht die umfassenden Akten zugestellt hat. So verweist Dr.med. H._____ in seiner Aktenbeurteilung vom 14.4.2023 etwa auf einen Anhang Beurteilungskriterien Weise Schöter, Meniskusläsion pro contra Trauma, der sich nicht in den Akten befindet; vgl. Vi-act. M 11. Oder es findet sich in den Akten ein Schreiben der Vorinstanz an Dr.med. F._____ vom 1.12.2022, worin auf ein Zeugnis vom 25.11.2022 verwiesen wird, das sich ebenso wenig in den Akten befindet. Oder im Bericht vom 5.10.2022 erwähnt Dr.med. H._____, der Beschwerdeführer habe ihm einen polnisch verfassten Bericht übergeben, welchen er im Original der Versicherung übergebe; wie alle übrigen erwähnten Unterlagen findet sich auch dieser nicht in den Akten).

Am 29. September 2022 untersuchte Dr.med. H._____ den Beschwerdeführer (vgl. Ziff. 3; Vi-act. M 5). Der Bericht vom 5. Oktober 2022 orientiert sich an den dem Arzt unterbreiteten Fragen, wobei die Antwort zu den Fragen nach der Anamnese und der geklagten Beschwerden äusserst kurz ausfällt und - auch aufgrund der Sprachfähigkeit des Beschwerdeführers/Dolmetschernotwendigkeit - die Frage der umfassenden Anamneseerhebung mit sich bringt. Der Bericht enthält sodann einen Untersuchungsbefund. Unter der Frage zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnt der Bericht eine Diskussion mit dem "Dolmetscher", wel-

che aufgrund fehlender sachlicher Bereitschaft zur Einsicht und zur Eskalationsvermeidung aus zeitlichen Gründen vom Arzt für beendet erklärt worden sei. Ob diese Diskussion erst nach Abschluss der Untersuchung entstand oder ob auch diese vorzeitig abgebrochen wurde, bleibt nicht restlos geklärt. Auf die psychiatrischen Beschwerden geht der Bericht gar nicht ein. Entsprechende Beschwerden werden - trotz angeblicher Übergabe eines Berichts - auch gar nicht abgefragt.

Im Bericht vom 5. Oktober 2022 (Vi-act. M 5) fasst Dr.med. H. _____ auch die ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen zusammen. Es handelt sich um den vorläufigen Entlassbrief Klinikum Mittelbaden vom 7.3.2022 (Vi-act. M 4; oben E. 3.2) sowie einen aus dem polnischen übersetzten Arztbericht vom 26. April 2022 (Vi-act. M 2; vgl. auch oben E. 3.3). Weitere Unterlagen (abgesehen von einer DVD mit Diagnosebildern) erwähnt er keine, weshalb davon ausgegangen werden muss, dass ihm keine weiteren Unterlagen zur Verfügung standen. Aktenvollständigkeit lag damit mitnichten vor. Beim Arztbericht vom 26. April 2022 handelt es sich um ein Einweisungsschreiben zum diagnostischen EEG-Labor. In der Folge wurde denn auch ein EEG durchgeführt und ebenso ein MRT-Kopf. Aus den Verlaufseinträgen von Facharzt P. _____ ergibt sich, dass er aufgrund der Beschwerden am 21. April 2022 eine Zuweisung an den Neurologen vornahm, dass ein EEG sowie weitere Untersuchungen (etwa MRT-Kopf) durchgeführt wurden, ein neurologischer Befund besprochen wurde, eine Überweisung an den Kardiologen erfolgte etc. Zu all diesen Untersuchungen und Behandlungen liegen keine Akten vor und entsprechend konnten sie durch den Versicherungsmediziner nicht berücksichtigt werden. Offenbar erwähnte der Beschwerdeführer, er sei in neurologischer Abklärung und Behandlung (vgl. Vi-act. M 5), dass der Versicherungsarzt dem weiter nachging, ergibt sich aus dem Bericht nicht. Dennoch, d.h. in Unkenntnis der neurologischen Abklärungen, führt Dr.med. H. _____ aus, aufgrund nicht vorhandener hirngorganischer und/oder cerebraler objektivierbarer nachgewiesener Befunde sei ein Kausalzusammenhang bezüglich der anamnestischen Angaben von 2 Synkopen nicht überwiegend wahrscheinlich.

Aufgrund nur der zwei von Dr.med. H. _____ genannten Aktenstücke muss angenommen werden, dass ihm nicht einmal die Verlaufseinträge von Facharzt P. _____ zur Verfügung standen, welcher den Beschwerdeführer seit dem Unfall durchgehend behandelte (Bf-act. 6). Auch wenn diese Verlaufseinträge äusserst knapp gehalten sind, so geben sie doch einige Hinweise auf die seitens Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis geklagten Beschwerden. Es kann angenommen werden, dass diesbezüglich ausführlichere Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt werden können. Ohne Beizug und Konsultation dieser den Zeitraum ab Unfallereignis abdeckenden Berichte bestehen mehr als nur geringe

Zweifel an der Beurteilung von Dr.med. H._____, die ab November 2022 geklagten Rücken-, Hüft-, Knie- und Beinbeschwerden seien unfallfremd. Dabei gilt es zu betonen, dass es nicht etwa so wäre, dass keine Arztberichte bestehen würden; der Beschwerdeführer war durchwegs in Behandlung, worüber Berichte eingeholt werden können. Insofern lässt sich mit Sicherheit auch die zwischen den Parteien strittige Frage klären, warum die Behandlung Ende Oktober in Polen beendet wurde (weil keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestand [wie die Vorinstanz geltend macht] oder weil der Versicherungsmediziner auf Arbeitsfähigkeit erkannte und der Beschwerdeführer wieder nach Frankreich zurück musste [wie der Beschwerdeführer geltend macht]).

In zeitlicher Hinsicht bildet der Einspracheentscheid vom 29. Juni 2023 die Grenze des zu berücksichtigenden Sachverhaltes (vgl. BGE 143 V 409 E. 2.1; Urteil BGer 8C_503/2021 vom 18.11.2021 E. 4.1). Auch für seine weiteren Beurteilungen vom 18. Januar 2023, 14. April 2023 und 15. Juni 2023 stützte sich Dr.med. H._____ auf unvollständige Akten ab, nämlich einzig auf eine Arztbescheinigung des Psychiaters vom 14. Oktober 2022, den MRT-Befund LWS und Knie rechts vom 6. Dezember 2022 sowie einen kurzen Bericht von Dr.med. F._____ vom 16. Januar 2023 (vgl. oben E. 3.7.2, 3.7.3, 3.7.4). Bezüglich Arztbescheinigung fällt auf, dass diese nur eine Diagnose festhält und die Behandlung bestätigt und für eine Beurteilung ungenügend ist. Ausführlichere Berichte bezüglich psychische Beschwerden lägen mit den Berichten der Psychologin K._____ vom 24. September 2022 (Bf-act. 7) und insbesondere den Verlaufseinträgen des Psychiaters Dr.med. M._____ vom 14. Oktober 2022 bis 13. Juni 2023 (Bf-act. 8) vor, welche allesamt unberücksichtigt blieben. Diesbezüglich gilt es zu erwähnen, dass die Verlaufseinträge des Psychiaters auch weitere Hinweise auf somatische Beschwerden und entsprechende Behandlung enthalten (Beinbeschwerden, Komplikationen nach Unfall, Knie- und Sprunggelenkschäden, Schäden an Gelenkstrukturen). Nach Eingang des Arztzeugnisses vom 25. November 2022 (welches nicht in den Akten liegt) forderte die Vorinstanz den behandelnden Arzt Dr.med. F._____ zwar auf, einen ausführlichen Bericht seiner Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit einzureichen. Beim Bericht vom 16. Januar 2023 kann hiervon indes keine Rede sein. Der Brief von Dr.med. F._____ enthält keine Diagnosen und nur einen knappen Beschrieb geklagter Beschwerden. Immerhin ergibt sich aus dem Brief aber, dass der Arzt die geklagten Beschwerden als abklärungs- und behandlungsbedürftig beurteilt hatte und die Behandlung fortsetzte, gar den Beizug eines Rückenspezialisten in Erwägung zog. Grundlage für die Klärung einer Leistungspflicht kann dieser Brief nicht sein; angezeigt gewesen wäre aber, dass die Vorinstanz weiterführende Berichte einholt und diese Dr.med. H._____ zur

Verfügung stellt. Von Interesse ist etwa auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer am 26. Januar 2023 auch den Facharzt P._____ in Polen aufsuchte (vgl. Bf-act. 6), ohne dass hierzu weiterführende Informationen vorlägen.

5.3 Damit aber steht fest, dass der Entscheid der Vorinstanz auf unvollständigen Informationen beruht und in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ergangen ist. Der angefochtene Einspracheentscheid ist allein schon daher aufzuheben. Dabei wird nicht verkannt, dass die Versicherung mit Verfügung vom 7. Oktober 2023 den Fall bereits rechtskräftig abgeschlossen und die Leistungen eingestellt hatte und neu über die Rückfallmeldung zu befinden ist. Aber auch für die Prüfung der Kausalität der als Rückfall/Spätfolgen gemeldeten Beschwerden - welche grundsätzlich und anders als der Wegfall der Kausalität durch den Beschwerdeführer nachzuweisen ist (vgl. oben E. 2.5; Urteil BGer 8C_59/2020 vom 14.4.2020 E. 4) - gilt der Untersuchungsgrundsatz. Es sind diesbezüglich auch medizinische Akten zu berücksichtigen, welche für den versicherungsärztlichen Bericht vom 5. Oktober 2023 zu Unrecht unberücksichtigt geblieben sind.

6.1 Was die geklagten psychischen Beschwerden anbelangt, so äusserte sich Dr.med. H._____ ausdrücklich nicht dazu; ob der Beschwerdeführer die von seiner Rechtsvertreterin genannte Diagnose im Fachgebiet der Psychiatrie - eine PTBS - aufweise, könne er nicht beurteilen (vgl. Vi-act. M 11). Dies ist dann nicht zu beanstanden, wenn die Rechtsfrage des adäquaten Kausalzusammenhangs durch die Versicherung ohnehin offensichtlich negativ beantwortet werden kann. Besteht hingegen die Möglichkeit, dass die Adäquanz zu bejahen ist, so wäre vorab zwingend die Frage der natürlichen Kausalität zu klären (vgl. BGE 147 V 207 E. 6.1; Urteil BGer 8C_427/2022 vom 28.2.2023 E. 6.1).

6.2 Die Vorinstanz prüfte die Adäquanz im Einspracheentscheid (anders als in der Verfügung vom 20.4.2023) anhand der Psycho-Praxis (vgl. Vi-act. K 43 E. 4.4). Die Prüfung der Adäquanz ist bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116; Urteil BGer 8C_102/2021 vom 26.3.2021 E. 6.1). Dies bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Vorliegend hatte Dr.med. F._____ dem Beschwerdeführer ab dem 25. November 2023 eine vollständige, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert und die von ihm geklagten somatischen Beschwerden ärztlich behandelt. Ob diese Beschwerden und die Arbeits-

unfähigkeit unfallkausal und weiterhin behandlungsbedürftig sind oder - wie die Vorinstanz gestützt auf die Beurteilungen von Dr.med. H. _____ geltend macht - keine organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen vorliegen, ist nach dem zuvor Ausgeführten weiterhin strittig und unklar bzw. klärungsbedürftig. Soweit diese Frage aber nicht rechtsgenügend geklärt ist, steht nicht fest, dass von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann, was auch einer Adäquanzprüfung entgegensteht. Damit aber kann auch nicht auf die Adäquanzprüfung der Vorinstanz abgestellt werden und der angefochtene Einspracheentscheid ist auch diesbezüglich aufzuheben.

7. Damit erweist sich die Beschwerde insgesamt als begründet. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. Juni 2023 ist aufzuheben und die Sache zur weiteren Prüfung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Sie wird in Beachtung des Untersuchungsgrundsatzes Vollständigkeit der medizinischen Akten herbeiführen müssen. Ob die Beurteilung ihrer Leistungspflicht dazumal gestützt auf die Akten möglich ist oder ob eine neuerliche persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers notwendig oder zumindest angezeigt sein wird, wird wesentlich davon abhängen, ob ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. oben E. 2.8.5).

8.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

8.2 Nachdem der bewaltete Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihm zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG / § 74 Abs. 1 Verwaltungsrechtspflegegesetz [VRP; SRSZ 234.110] vom 6.6.1974). 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. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 29. Juni 2023 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem anwaltschaftlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 2'400.-- zu leisten (inkl. Barauslagen und MwSt).
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 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
 - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (2/R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 11. April 2024

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: 6. Mai 2024