

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2023 79

## Entscheid vom 8. Juli 2024

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_

**gegen**

**C. \_\_\_\_\_ AG,**  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungsanspruch / Kausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1991) ist seit dem 1. September 2016 bei D.\_\_\_\_\_ in einem Vollzeitpensum als Finanzberater angestellt. Er war dadurch bei der C.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend C.\_\_\_\_\_) obligatorisch unfallversichert, als er am 9. April 2022 einen Verkehrsunfall (Kollision mit entgegenkommendem Fahrzeug) erlitt (Vi-act. 1). A.\_\_\_\_\_ wurde durch den Rettungsdienst ins Kantonsspital E.\_\_\_\_\_ überführt, wo die Diagnose einer Distorsion HWS, BWS und LWS gestellt und er nach dem Untersuch nach Hause entlassen wurde (Vi-act. 3). Mit Schreiben vom 6. Mai 2022 bestätigte die C.\_\_\_\_\_, für das Unfallereignis vom 9. April 2022 Versicherungsleistungen zu erbringen, namentlich Taggeld und Heilkosten (Vi-act. 12).

**B.** Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 10. August 2022 berichtete der Hausarzt über einen verzögerten Verlauf mit Kopfschmerz, Nackenschmerz, Schwindel und Kreuzschmerz. Die voraussichtliche Behandlungsdauer sei offen, bleibende Nachteile seien nicht zu erwarten; seit dem 23. Mai 2022 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 10%, seit dem 2. August 2022 eine von 20% (Vi-act. 31). Auf entsprechende Anfrage hin antwortete der beratende Arzt der C.\_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 28. September 2022, die vorhandenen Beschwerden seien nicht als kausal oder zumindest teilkausal zum Ereignis vom 9. April 2022 zurückzuführen (Vi-act. 32). Am 24. November 2022 verfügte C.\_\_\_\_\_, Heilungskosten und Taggelder würden noch maximal bis am 30. November 2022 übernommen, ab dem 1. Dezember 2022 würden Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung abgelehnt (Vi-act. 36).

**C.** Eine am 21. Dezember 2022 gegen die Leistungseinstellung erhobene Einsprache (Vi-act. 44) wies C.\_\_\_\_\_ mit Entscheid vom 4. September 2023 ab (Vi-act. 50).

**D.** Am 2. Oktober 2023 lässt A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz frist- und formgerecht Beschwerde einreichen mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 04.09.2023 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 30.11.2022 und bis auf Weiteres Taggelder nach Massgabe der attestierten Arbeitsunfähigkeit sowie die vollumfänglichen Heilbehandlungen auszurichten.
3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines IV-Grades von 100% sowie eine Integritätsentschädigung nach Massgabe des noch zu bestimmenden Integritätsschadens und Heilbehandlungen nach Art. 21 UVG zu gewähren.

4. Subeventualiter sei eine externe polydisziplinäre Begutachtung unter Einchluss der Disziplinen Orthopädie, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie zu initiieren.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

**E.** Mit Vernehmlassung vom 8. Januar 2024 beantragt C. \_\_\_\_\_:

1. Die Beschwerde vom 2. Oktober 2023 sei abzuweisen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdeführers.

Am 13. März 2024 lässt der Beschwerdeführer (nach einem Wechsel seiner Rechtsvertretung) replizieren, wobei an den in der Beschwerde vom 2. Oktober 2023 gestellten Anträgen vollumfänglich festgehalten wird. Hierzu nimmt die Vorinstanz am 13. Juni 2024 Stellung.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** 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 die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen sowie auf ein Taggeld, falls sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird die versicherte Person infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**1.2** 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 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

**1.2.1** 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 (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C\_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2 je mit Hinweisen).

**1.2.2** Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen).

**1.2.3** Es ist Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen (Urteil BGer 8C\_634/2022 vom 23.12.2022 E. 3.1), während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 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 E. 2; Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3).

**1.3** 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 E. 5.1; Urteil BGer 8C\_379/2023 vom 9.1.2024 E. 2.2.3).

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 E. 2.2.1 m.H.). 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\_331/2015 E. 2.1.1.; 8C\_557/2015 vom 7.10.2015 E. 5.2 ff.; 8C\_320/2013 vom 5.9.2013 E. 3.1).

**1.4** Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des 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 (vgl. BGE 146 V 51 E. 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\_410/2022 vom 23.12.2022 E. 4.2; 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2).

**1.5** 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 (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28).

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. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 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 Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen 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 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 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

**1.6** 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.

**1.6.1** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C\_179/2023 vom 20.10.2023 E. 4.2). 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 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 (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

**1.6.2** 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 (Urteil BGer 8C\_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2). Zu betonen ist, dass beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (vgl. SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154, Urteil BGer 8C\_672/2020 E. 2.3). Es bedarf besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall 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 Feststellungen des Versicherungs- resp. beratenden Arztes, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

**1.6.3** 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 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 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 mit Hinweisen).

**1.6.4** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von

persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). 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. 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 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; 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

**2.** Was das Unfallereignis vom 9. April 2022 und den Gesundheitsverlauf des Beschwerdeführers anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

**2.1** Am 12. April 2022 meldete die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers der C.\_\_\_\_\_ ein Unfallereignis vom 9. April 2022, ca. 18 Uhr. Sie (seine Partnerin als Fahrerin, er als Beifahrer sowie die zwei Kinder) seien mit dem PW aus dem Kreisel Richtung H.\_\_\_\_\_ gefahren, als ein Auto auf ihrer Spur entgegengekommen sei und sie ca. 1.5m von der Strasse aufs Trottoir abgedrängt habe. Er habe sich am Rücken, Nacken und Kopf rechts und links verletzt; die Knochen seien ganz, Schmerzen im ganzen Rücken-/Nackebereich sowie Kopfschmerzen und Müdigkeit. Die Arbeit sei ab Unfalldatum ausgesetzt (Vi-act. 1). Im Fragebogen zur Unfallmeldung ergänzte er, der Unfallfahrer sei gemäss Polizei eingeschlafen und mit ca. 50km/h gefahren, sie selbst mit 45-50km/h (Vi-act. 2). Dem Austrittsbericht K.\_\_\_\_\_ ist weiter zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die Sicherheitsgurte trug, die Airbags seien nicht ausgelöst worden (Vi-act. 3). Der Schaden am Fahrzeug aufgrund des Zusammenstosses wird im Unfallbericht beschrieben mit: "Seitenschaden vorne links: Stossstange, Scheinwerfer, Kotflügel, Radhaus, A-Säule, Schweller und Türe vorne links stark eingedrückt; Aufhängung komplett beschädigt, abgerissen und ins Radhaus gedrückt" (Vi-act. 9 S. 6 von 13).

**2.2** Der Beschwerdeführer wurde aufgrund der Unfallkinematik durch den Rettungsdienst in den Schockraum des Kantonsspitals E.\_\_\_\_\_ überführt. Der Austrittsbericht vom 10. April 2022 nennt als Diagnosen:

HWS Distorsion  
Distorsion BWS und LWS

Bei Eintritt habe der Beschwerdeführer über Kopfschmerzen, Schmerzen HWS, BWS und LWS, NRS 4/10, und Kribbelparästhesien beider Fusssohlen geklagt. Die HWS war immobilisiert, die Atemwege frei, keine Beatmung erforderlich. Die Kreislaufwerte waren stabil, der Beschwerdeführer wach, orientiert und ansprechbar. Er zeigte sich in gutem Allgemein- und normalem Ernährungszustand. Die Wirbelsäule zeigte keine Achsenabweichung. Das Integument über der Wirbelsäule war reizlos und intakt. Keine palpable Stufenbildung. Weiter notierten die Ärzte unter 'secondary survey' eine Druckdolenz der HWS, BWS und LWS mit p.m. am Übergang BWS/LWS; eine schmerzbedingt aktive und passive Bewegungseinschränkung der HWS. Patellar- und Achillessehnenreflex je +/+, Babinski negativ. Die Sensibilität über allen Dermatomen war seitengleich erhalten; keine Krafteinschränkung in der Einzelkraftprüfung der oberen und unteren Extremitäten. Restlicher Traumastatus unauffällig. Zudem wurde ein CT-Polytrauma durchgeführt, das keine Traumafolgen zeigte. Im Verlauf habe sich der Beschwerdeführer schmerzkompensiert gezeigt und gut mobilisiert werden können. Es erfolgte gleichentags der Austritt nach Hause mit Empfehlung für Bedarfsanalgesie und einer Verordnung für Physiotherapie; eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (Vi-act. 3).

Ausgefüllt wurde im Spital der Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (Vi-act. 4). Darin wird zum Unfallgeschehen eine Seitenkollision angegeben. Der Beschwerdeführer habe bei aufrechter Sitzposition den gerade gehaltenen Kopf an der Kopfstütze angeprellt. Gedächtnislücke und Bewusstlosigkeit werden verneint, eine Angst- und/oder Schreckreaktion bejaht. Kopf- und Nackenschmerzen seien sofort eingetreten, ebenso Schmerzen BWS und LWS sowie Kribbelparästhesien beider Fusssohlen. Weiteres wie Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Hörstörungen, Sehstörungen werden verneint; bei Schlafstörungen ein '?' hingesezt. Verneint werden ein früherer Unfall wie auch behandlungsbedürftige Beschwerden vor dem Unfall und aktuelle Medikamente. Im Untersuch wurden Schmerzen bei der Beweglichkeit der HWS bejaht und ein Druckschmerz HWS mittig eingetragen; Ruheschmerzen wurden bejaht, Stauchungsschmerzen verneint. Zudem wurden Schmerzen / Funktionseinschränkung der BWS und LWS dokumentiert. Die neurologische Untersuchung zeigte normale Sehnenreflexe und Muskelkraft. Bejaht wurden Parästhesien, nämlich Kribbelparästhesien an beiden Fusssohlen. Sensible Defizite wurden verneint und andere pathologische neurologische Befunde ausgeschlossen. Als vorläufige Diagnose nach QTF-Klassifikation wurde die Verdachtsdiagnose HWS-Distorsion Grad II aufgeführt sowie als zusätzliche Diagnose eine Distorsion BWS-LWS. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde keine attestiert und festge-

halten, bei Bedarf / Beschwerden habe sich der Beschwerdeführer beim Hausarzt vorzustellen.

**2.3** Am 3. Mai 2022 erstattete der Hausarzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Allgemeinmedizin FMH) der C.\_\_\_\_\_ Zwischenbericht (Vi-act. 11). Als Diagnose führt er eine "Distorsion HWS/BWS/LWS nach Verkehrsunfall" auf. Der Beschwerdeführer beklage Verspannungen und Schmerzen HWS und LWS linksseitig, BWS wenig; dazu Schulter-Nacken-Verspannung, Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, totale Erschöpfung. Er müsse um 20.30 Uhr schlafen gehen. Unfallfremde Faktoren spielten keine Rolle. Die Behandlung bestehe aus Medikamenteneinnahme, Physiotherapie und Schonung. Er sei 100% arbeitsunfähig, er fühle sich ausserstande zu arbeiten. Unter Bemerkungen führte er zudem an, als Aussendienstmitarbeiter sei er viel auf der Strasse und im Auto unterwegs; mit dem Schwindel, den Kopfschmerzen und der Müdigkeit sei ein Arbeiten aktuell unmöglich. Sowohl die Dauer der Behandlung als auch die Wiederaufnahme der Arbeit bezeichnete der Hausarzt als offen.

**2.4.1** Auf Zuweisung des Hausarztes wurde der Beschwerdeführer in der Schmerzlinik des Kantonsspitals L.\_\_\_\_\_ untersucht. Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Facharzt Anästhesiologie) berichtete dem Hausarzt mit Arztbericht vom 13. Juli 2022 (Vi-act. 20):

**Diagnosen**

St.n. HWS, BWS und LWS Distorsion

- im Rahmen eines Autounfalls 04/2022 (im CT vom 09.04.2022 ohne nachweisbare Traumafolgen)
- seitdem persistierende Zervikozephalgien und lumbosakrale Schmerzen
- DD: myofaszial, zentrale Schmerzverarbeitungsstörung

Nach ausführlicher Anamneseerhebung und körperlichem Untersuch gelangte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ zur Beurteilung, es bestehe ein multilokuläres chronisches Schmerzbild bei Status nach HWS, BWS und LWS Distorsionstrauma im Rahmen eines Verkehrsunfalls im April 2022. In der körperlichen Untersuchung liessen sich keine eindeutigen radikulären oder facetogenen Mechanismen provozieren. In erster Linie scheine eine zentrale Schmerzverarbeitungsstörung mit Risikofaktoren zur weiteren Chronifizierung vorzuliegen. Aufgrund des ausstrahlenden Schmerzcharakters im Bereich der HWS veranlasste Dr.med. G.\_\_\_\_\_ eine MRI-Untersuchung. Aus seiner Sicht bestand die Indikation zu einer frühzeitigen multimodalen Schmerztherapie, aber keine Indikation für ein interventionelles Vorgehen.

**2.4.2** Das erwähnte MRI HWS erfolgte am 15. Juli 2022 bei klinischer Angabe 'ausstrahlende Nackenschmerzen bds. seit einem Autounfall 04/2022' und Fragestellung nach Neuroaffektionen, Facettengelenksproblematik. Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (Facharzt Radiologie) berichtete gleichentags (Vi-act. 21):

**Befund**

- Mässige Segmentdegeneration C5/6 mit leichter Osteochondrose, mässiger Unkovertebralarthrose und kleineren Retrospondylophyten. Zudem besteht eine leichte breitbasige Protrusion von Diskusmaterial bis in das Neuroforamen links und rechts. Es resultiert ossär betont eine deutliche Foramenstenose C5/6 mit Einengung der jeweiligen C6 Wurzel.
- Geringer sind ähnliche Veränderungen im Segment C4/5 nachweisbar mit kleineren Retrospondylophyten und rechtsbetonter, leichter Einengung des Neuroforamens - hier möglicherweise leichte C5-Affektion.
- In den übrigen Segmenten keine relevante Pathologie nachweisbar.
- Keine Spinalkanalstenose. Keine Myelopathie. Keine relevante Pathologie der Facettengelenke.

**Beurteilung**

Segmentdegeneration C5/6 mit ossär betonter Foraminalstenose bds. und deutlicher Affektion C6 Wurzel bds. Geringe Affektion der C5 Wurzel rechts möglich.

**2.4.3** Der Folgebericht der Schmerzlinik an den Hausarzt vom 2. August 2022 nennt als (Vi-act. 23):

**Diagnosen**

- St.n. traumatischer HWS, BWS und LWS Distorsion, DD anteilige Entwicklung einer chronischen Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren
- somatische Faktoren: muskuläre Dysbalance, positive Triggerpunkte Status nach Frontalkollision,
  - psychische Faktoren: Distress wegen eingeschränkter Partizipation und Lebensqualität ggf. posttraumatisches Belastungssyndrom, DD Stressfolge im Rahmen des ADHS als Kind, V. a. posttraumatische Belastungsstörung

Nach ausführlicher Anamneseerhebung wurde als Status ein Klopfschmerz über der BWS und LWS erhoben, eine insgesamt hypertone Muskulatur jedoch ohne Druckschmerzen. Das Bewegungsausmass der oberen Extremitäten war seiten- gleich unauffällig mit ziehenden Schmerzen im Bereich LWS bei Hüftbeugung. Finger-Boden-Abstand unauffällig, in die Hocke gehen unauffällig. Nacken- Schürzengriff unauffällig. Neurologisch waren Kraft, Reflexe, Sensibilität seiten- gleich unauffällig; Pseudo-Lasègue bds. positiv.

Der berichtende Arzt gelangte zur Beurteilung, beim Beschwerdeführer liege eine komplexe Schmerzproblematik vor, die im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen sei. Anteilig habe sich aktuell eventuell eine chronische Schmerzproblematik mit somatischen und psychischen Faktoren entwickelt. Die somatischen Faktoren alleine könnten einen Teil der Beschwerden erklären, aufrechterhaltend könnten aber auch psychische Faktoren wie die eingeschränkte Lebensqualität sowie der

V. a. posttraumatische Belastungsstörung oder die Stressfolge im Rahmen des ADHS gesehen werden. Red flags bestünden nicht. In der Gesamtschau sei die obengenannte Diagnose zu stellen.

Es wurde Physiotherapie mit Edukation und Instruktion eines aktiven Heimprogramms empfohlen wie auch Termine in der Schmerzsprechstunde mit ggf. spezieller schmerzmedikamentöser Therapie; ggf. komplettiert mit einer Traumaabklärung.

**2.5** Im ärztlichen Zwischenbericht vom 10. August 2022 wiederholte der Hausarzt die Diagnose und den verzögerten Verlauf gemäss Bericht vom 3. Mai 2022 (vgl. oben E. 2.3). Der Beschwerdeführer sei weiter in der Schmerzsprechstunde und eine multimodale intensive Schmerztherapie sei geplant. Die Arbeitsfähigkeit betrage seit dem 23. Mai 2022 10%, seit dem 2. August 2022 20%. Die Behandlungsdauer sei offen, bleibende Nachteile seien keine zu erwarten (Vi-act. 31).

**2.6.1** Am 26. September 2022 unterbreitete C. \_\_\_\_\_ ihrem beratenden Arzt Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (Allgemeine Innere Medizin FMH, Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt SGV) die Frage, ob die vorhandenen Beschwerden als kausal oder zumindest teilkausal zum Unfallereignis vom 9. April 2022 zurückzuführen seien (Vi-act. 32). Dr.med. J. \_\_\_\_\_ verneinte die Kausalität.

Es könne eine milde traumatische Hirnverletzung und eine höhergradige Hirnverletzung ausgeschlossen werden, da die hierfür notwendigen Kriterien wie Bewusstlosigkeit, Amnesie oder Verwirrtheitszustand fehlen würden. Objektivierbare strukturelle traumatische Veränderungen hätten nicht nachgewiesen werden können, weshalb auch keine richtunggebende Verschlimmerung geltend gemacht werden könne. Die initialen Beschwerden seien zwar mit dem Unfallereignis erklärbar, nicht jedoch eine dauerhafte Verschlechterung.

Beim Beschwerdeführer bestünden chronifizierte Nackenbeschwerden; deren Auftreten nach dem Unfall beweise die Unfallkausalität aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht, wozu Dr.med. J. \_\_\_\_\_ auf die Literatur verweist. Kopf- und Nackenschmerzen seien in der Normalbevölkerung häufig. Aufgrund der epidemiologischen Daten sei die Wahrscheinlichkeit eines zufälligen Zusammentreffens eines Schmerzsyndroms nach HWS-Distorsion ausserordentlich hoch.

Insgesamt könne gemäss Dr.med. J. \_\_\_\_\_ eine Unfallkausalität für 3 Monate anerkannt werden; nach drei Monaten sei der status quo sine erreicht. Weiter beantwortet er die Frage, ob neben unfallkausalen Faktoren auch unfallfremde eine Rolle spielten, mit ja; subjektives Beschwerdebild nach HWS-Distorsion, das aber nicht unfallkausal sei.

**2.6.2** Mit Verweis auf diese Beurteilung ihres beratenden Arztes anerkannte C. \_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 24. November 2022, eine Unfallkausalität könne für maximal 3 Monate anerkannt werden, spätestens dann sei der status quo sine vel ante erreicht; zwischen dem Unfall vom 9. April 2022 und den ab 1. August 2022 vorliegenden Beschwerden bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Kausalzusammenhang mehr. Entgegenkommenderweise werde auf eine Rückforderung der seit dem 1. August 2022 erbrachten Versicherungsleistungen verzichtet; die Heilungskosten und Taggelder würden noch maximal bis am 30. November 2022 übernommen; Leistungen ab dem 1. Dezember 2022 würden abgelehnt (Vi-act. 36).

**2.7.1** Am 21. Dezember 2022 erhob der Beschwerdeführer Einsprache (Vi-act. 44). Die kurze Stellungnahme von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ bilde keine taugliche Grundlage zur Beurteilung des Leistungsanspruchs und sei auch in materieller Hinsicht nicht überzeugend.

**2.7.2** Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte C. \_\_\_\_\_ bei Dr.med. J. \_\_\_\_\_ eine neuerliche versicherungsmedizinische Stellungnahme betreffend die Kausalitätsfrage ein, welche dieser am 31. Januar 2023 einreichte (Vi-act. 48).

Nach Zusammenfassung des aktenmässigen Verlaufs hielt Dr.med. J. \_\_\_\_\_ fest, es habe zwar ein Kopfanprall stattgefunden. Mangels der notwendigen Kriterien wie Amnesie, Bewusstlosigkeit oder Verwirrtheitszustand könne eine milde traumatische Hirnverletzung oder gar höhergradige Schädelhirnverletzung ausgeschlossen werden.

Der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall über Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schmerzen in BWS und LWS mit Kribbelparästhesien an beiden Fusssohlen geklagt. Es habe zwar eine Krafteinwirkung auf HWS, BWS und LWS bestanden, aber eine typische HWS-Distorsion im Sinn einer Heckauffahrkollision fehle, da keine typische Heckauffahrkollision vorgefallen sei, sondern eine seitliche Kollision. Die initial durchgeführte CT-Untersuchung habe keinen Nachweis objektivierbarer struktureller traumatischer Läsionen gezeigt.

Weiter verweist Dr.med. J. \_\_\_\_\_ auf "K.-D. Thomann, Personenschäden und Unfallverletzungen, Referenz-Verlag Frankfurt 2015", wonach die organische HWS-Distorsion anderen Distorsionen gleichzusetzen sei; nach einer kurzen Schonung klängen die Folgen der Zerrung innerhalb von wenigen Tagen bis maximal 3 Wochen folgenlos ab.

Beim Beschwerdeführer komme es nun zu einem protrahierten Verlauf mit Beschwerdeausdehnung, indem nebst Verspannungen und Schmerzen der HWS,

LWS und BWS Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit und eine totale Erschöpfung eingetreten seien. Gemäss Thomann würden Probanden ohne organische Verletzung über derartige Verläufe berichten. Diese Symptomatik lasse sich durch den Verletzungsmechanismus naturwissenschaftlich jedoch nicht erklären. In der internationalen wissenschaftlichen Diskussion habe sich gar die These durchgesetzt, dass es sich bei anhaltenden HWS-Beschwerden nach leichten Unfällen um ein gesellschaftlich legitimiertes Leiden handle, bei dem die Tatsache des Versichertseins und der Möglichkeit, hieraus Ansprüche abzuleiten, als Grundvoraussetzung anhaltender Beschwerden gelten könnten.

Gemäss Thomann, so Dr.med. J. \_\_\_\_\_ weiter, würden organische Distorsionen der HWS ohne relevante strukturelle Schäden folgenlos ausheilen. Die Prognose der subjektiven Beschwerden nach einem Schleudertrauma ohne organisches Korrelat sei unsicher, sie hänge von der Krankheitsvorgeschichte, den prämorbidem Anteilen der Persönlichkeit (unfallunabhängigen seelischen Störungen) und den äusseren Gegebenheiten ab. Chronische Beschwerden nach geringfügigen Auffahrunfällen stünden häufig mit vorbestehenden Angststörungen, Depressionen und somatoformen Störungen in Zusammenhang. Dr.med. G. \_\_\_\_\_ beurteile am 13. Juli 2022 (vgl. oben E. 2.4.1) korrekt, dass ein persistierendes zervikozephalisches Schmerzsyndrom und lumbale Schmerzen vorliegen würden, differentialdiagnostisch myofaszial oder zentrale Schmerzverarbeitungsstörung. Diese würden zwar mit dem Autounfall in Zusammenhang gebracht, versicherungsmedizinisch jedoch sei ein myofaszielles Schmerzbild und eine zentrale Schmerzverarbeitungsstörung als unfallfremd zu klassifizieren. Das im Rahmen einer HWS-Distorsion auftretende subjektive Beschwerdebild sei naturwissenschaftlich durch Kollision nicht zu erklären.

Allein das Auftreten der Beschwerden nach dem Unfall begründe keine Unfallkausalität (post hoc ergo propter hoc) und die Persistenz der Beschwerden sei mit Unfallfolgen nicht zu erklären und beweise die Unfallkausalität nicht.

In der MRI-Untersuchung seien ausschliesslich degenerative Veränderungen gefunden worden, jedoch in der klinischen Untersuchung ohne facettogene und ohne radikuläre Symptomatik. Es werde zwar eine leichte breitbasige Protrusion von Diskusmaterial auf Höhe C5/6 beschrieben. Jedoch sei dies kein spezifisch traumatischer Befund; für einen traumatischen Bandscheibenvorfall bedürfe es Begleitverletzungen. Werde ein Bandscheibenvorfall nach einem Unfall ohne bildtechnisch nachweisbare Begleitverletzung (wie Zerreissung von Bandscheibengewebe, Ödeme im Bereich des angrenzenden Knochens, Frakturen, Einbluten der kleinen Wirbelgelenke oder der Bänder) diagnostiziert, so könne ein Zusammenhang mit dem Unfall mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen

werden. Geringe Traumen, bei denen Verletzungen der Knochen und Weichteile ausgeschlossen worden seien, seien nicht in der Lage, einen unfallbedingten Bandscheibenschaden zu verursachen. Es wundere deshalb nicht, dass im Verlauf von einer Entwicklung einer chronischen Schmerzerkrankung ausgegangen werde mit somatischen und psychischen Faktoren. Es werde zwar ärztlicherseits im Zuger Kantonsspital ein Zusammenhang mit Unfall gesehen, jedoch sei dies versicherungsmedizinisch nicht haltbar.

Die Schmerzangabe des Beschwerdeführers sei eine rein subjektive Beschwerde, welche objektiv nicht überprüfbar sei. Der körperliche Befund von Muskelverspannungen sei völlig unspezifisch und entspreche zumeist gewöhnlichen, intermittierend auftretenden fehlhaltungs- und überlastungsbedingten Verspannungen, für die in der Normalbevölkerung eine sehr hohe Lebenszeitprävalenz auch ohne jede offenkundig traumatische Genese bestehe. Bei Chronifizierung spreche man von myofaszialem Schmerzsyndrom. Dabei sei das kraniozervikale Beschleunigungstrauma mit seiner syndromatologisch gefassten, vorwiegend auf subjektiv beklagten Beschwerden beruhendem Beschwerdebild zwar typisch für ein HWS-Distorsionstrauma, jedoch in keiner Weise spezifisch. Spätestens nach 3 Monaten mit Beschwerdepersistenz ohne Besserungstendenz müsse das HWS-Distorsionstrauma als Ausschlussdiagnose diskutiert werden. Dies bedeute, dass eine solche Diagnose und Kausalitätsanerkennung lediglich in Frage komme, wenn alle übrigen möglichen Ätiologien der einzelnen Symptome die Beschwerden nicht besser zu erklären vermögen. Auch müsse mit Muskelhartspann und Bewegungseinschränkung der HWS, welche traumatisch bedingt sein sollen, nach geraumer Zeit eine Kontraktur oder Atrophie des Muskels zu beobachten sein, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei.

Schliesslich beurteilt Dr.med. J.\_\_\_\_\_, es sei differentialdiagnostisch belegt worden, dass beim Beschwerdeführer eine chronische Schmerzstörung hinzugeetreten sei, bestehend aus somatischen und psychischen Faktoren. Damit sei Unfallkausalität nicht mehr zu beweisen. Es sei daher korrekt, wenn versicherungsmedizinisch nach 3 Monaten der status quo ante vel sine festgesetzt werde. Es fehle in sämtlichen Abklärungen irgendein Hinweis resp. Beweis für eine objektifizierbare strukturelle traumatische Schädigung. Folglich sei die bisherige Beurteilung korrekt; ein Dauerschaden oder gar eine richtunggebende Verschlechterung könne nicht geltend gemacht werden. Maximal sei eine vorübergehende Unfallkausalität von 3 Monaten anzuerkennen.

**2.7.3** Mit Verweis auf die verschiedenen ärztlichen Berichte sowie die versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr.med. J.\_\_\_\_\_, vom Januar 2023 gelangte die C.\_\_\_\_\_ im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Sep-

tember 2023 zum Schluss, die anfänglichen Beschwerden hätten überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Zusammenhang zum Verkehrsunfall vom 9. April 2022 gestanden. Objektivierbare strukturelle Unfallfolgen seien jedoch nicht nachweisbar. Nach Auffassung der behandelnden Ärzte habe der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf an einer chronischen Schmerzerkrankung gelitten; aufgrund der begründeten Beurteilung von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ vom Januar 2023 sei ein natürlicher Kausalzusammenhang drei Monate nach dem Ereignis nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, weshalb die Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht abgelehnt worden sei.

**3.** Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich - namentlich in der Begründung, die anfänglichen Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Zusammenhang zum Verkehrsunfall vom 9. April 2022, objektivierbare strukturelle Unfallfolgen seien nicht nachweisbar gewesen, im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer an einer chronischen Schmerzerkrankung gelitten, ein natürlicher Kausalzusammenhang sei drei Monate nach dem Ereignis nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen - auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr.med. J. \_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2023 ab. Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von die Versicherung beratenden Ärzten 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; vorstehend E. 1.6.2).

**3.1** Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer einen Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion erlitt, deren Grad im Dokumentationsbogen zur Erstabklärung mit Grad II vermerkt wurde (vgl. oben E. 2.2). Unbestritten ist ebenso, dass sich der Beschwerdeführer nach der Spitalentlassung unmittelbar in hausärztliche Pflege begab und der Hausarzt in der Folge über einen protrahierten Verlauf berichtete; der Beschwerdeführer beklage Verspannungen und Schmerzen HWS und LWS linksseitig, BWS wenig; dazu Schulter-Nacken-Verspannung, Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, totale Erschöpfung (vgl. oben E. 2.3 und 2.5). Unfallfremde Faktoren erkannte der Hausarzt keine (vgl. oben E. 2.3). Die Schmerzlinik, wohin der Beschwerdeführer überwiesen wurde, gelangte zur Beurteilung, es liege eine komplexe Schmerzproblematik vor, die im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen sei; anteilig habe sich aktuell (8.2022) eventuell eine chronische Schmerzproblematik mit somatischen und psychischen Faktoren entwickelt (vgl. oben E. 2.4.3). Der Beurteilung lag u.a. ein MRI der HWS zu Grunde, welche Veränderungen der HWS zeigte (vgl. oben E. 2.4.2). Empfohlen

- und in die Wege geleitet - wurde eine multimodale Schmerztherapie, ggf. komplettiert mit einer Traumaabklärung (vgl. oben E. 2.4.3).

Unter diesen Umständen (Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion Grad II, ein Beschwerdebild, welches mitunter typische Beschwerden eines Schleudertraumas der HWS aufweist [vgl. Urteil BGer 8C\_640/2022 vom 9.8.2023 E. 6.1.1 mit weiteren Hinweisen], ein protrahierter Verlauf, bildgebend festgehaltene Veränderungen der HWS), wäre die Vorinstanz aufgrund der Rechtsprechung zu den HWS-Distorsionen gehalten gewesen, eine interdisziplinäre Abklärung und Beurteilung durch Fachärzte vorzunehmen (vgl. Urteil BGer 8C\_548/2020 vom 18.12.2020 E. 4.2; BGE 134 V 109 E. 9.3 f.). Indem sie hierauf verzichtete und sich mit einer Aktenbeurteilung des sie beratenden Facharztes für Allgemeine Innere Medizin begnügte, ist die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht ungenügend nachgekommen (vgl. auch Eva Siki, Das Bundesgericht präzisiert seine Schleudertrauma-Praxis, in: dRSK, publiziert am 18.7.2008).

**3.2** Darüber hinaus weist aber auch die Aktenbeurteilung selbst Mängel auf, so dass auch deshalb nicht auf diese abgestellt werden kann.

Seine Beurteilung begründet Dr.med. J. \_\_\_\_\_ unter anderem mit Bezug auf das Unfallereignis damit, dass sich am 9. April 2022 keine typische Heckauffahrkollision, sondern eine seitliche Kollision ereignet habe; wohl habe eine Krafteinwirkung auf HWS, BWS und LWS bestanden, aber eine typische HWS-Distorsion im Sinne einer Heckauffahrkollision fehle (vgl. Vi-act. 48 S. 6 von 10). Auch wenn die erhöhte Bedeutung von Auffahrkollisionen für HWS-Beschleunigungstraumas grundsätzlich anerkannt ist (vgl. etwa Handelsgericht Zürich, HG120245-O vom 4.12.2014 E. 6.2 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung), so lässt Dr.med. J. \_\_\_\_\_ dennoch gänzlich unbegründet, weshalb die vorliegende seitliche Frontalkollision zweier mit rund 50 resp. 40 km/h fahrenden Personenwagen (Vi-act. 3), die einen Totalschaden erlitten (vgl. Vi-act. 9; oben E. 2.1), für eine HWS-Distorsion resp. für die dokumentierten, langanhaltend geklagten Beschwerden nicht auch ursächlich sein kann (vgl. etwa Urteil BGer 8C\_295/2016 vom 6.9.2016; Tegenthoff/Schenkreis, in: Widder et al, Neurowissenschaftliche Begutachtung, 3. Aufl., 2018, S. 428 ff.).

Es trifft zu, dass am Unfalltag das CT-Polytrauma keine Traumafolgen zeigte (Vi-act. 3; oben E. 2.2). Hierauf verweist Dr.med. J. \_\_\_\_\_ korrekt. Allerdings lassen sich HWS-Beschleunigungsverletzungen zwar klinisch untersuchen, aber abgesehen von ossären Läsionen und dergleichen nicht bildgebend objektivieren (BGE 134 V 109 E. 9.1; Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule, 2020). Der bildgebende Ausschluss von Traumafolgen mag daher ein

Indiz sein, welches gegen längeranhaltende unfallkausale Beschwerden spricht, vor allem aber eine umfassende Abklärung nach sich ziehen müsste (vgl. vorstehende E. 3.1), wovon die Vorinstanz zu Unrecht abgesehen hatte.

Dem Beschwerdeführer ist beizupflichten, wenn er der Vorinstanz vorhält, Dr.med. J. \_\_\_\_\_ argumentiere weitestgehend mit dem Fehlen von objektivierbaren strukturellen Traumafolgen sowie schematischen Abheilungsquoten, wonach der status quo sine vel ante 3 Monate nach Ereignis erreicht sei. Zudem zitiert Dr.med. J. \_\_\_\_\_ weitgehend aus einem Fachbeitrag (Thomann), ohne vertiefte Bezugnahme zum konkreten Einzelfall. Eine solch einschränkende Anerkennung von Dauerbeschwerden bei HWS-Distorsionen, ohne Eingehen auf den konkreten Einzelfall lässt sich mit der Rechtsprechung nicht vereinbaren (vgl. Urteil BGer 8C\_369/2008 vom 11.8.2008 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 9.4). Im Urteil 8C\_548/2020 vom 18. Dezember 2020 E. 4.2 bestätigte das Bundesgericht, dass die Beweistauglichkeit von 'medizinischer Erfahrung' in Schleudertraumafällen zumindest fraglich sei.

Selbst wenn auf medizinische Erfahrungswerte abgestellt wird und werden kann, müssen dennoch Aspekte des konkreten Einzelfalles berücksichtigt werden. Vorliegend zeigte das MRI vom 15. Juli 2022 Veränderungen der HWS (vgl. oben E. 2.4.2). Gemäss Dr.med. J. \_\_\_\_\_ handelt es sich dabei ausschliesslich um degenerative Veränderungen, welche nicht auf den Unfall vom 9. April 2022 zurückzuführen seien. Geringe Traumen, bei denen Verletzungen der Knochen und Weichteile ausgeschlossen wurden, seien nicht in der Lage, einen unfallbedingten Bandscheibenschaden zu verursachen (vgl. oben E. 2.7.2). Selbst wenn aber ein stummer Vorzustand der HWS gegeben sein sollte (was offengelassen werden kann), hätte sich Dr.med. J. \_\_\_\_\_ dazu äussern müssen, inwiefern das Unfallereignis zu einer vorübergehenden Verschlimmerung führte oder nicht. Er hätte insbesondere auch begründen müssen, weshalb bei vorbestehender degenerativer Veränderungen an der HWS trotzdem von einem Erreichen des status quo sine vel ante nach 3 Monaten auszugehen sei und nicht auf die Rechtsprechung abzustellen ist, wonach eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3.1 f.; Urteile BGer 8C\_765/2014 vom 9.2.2015 E. 6.1; 8C\_774/2020 vom 19.2.2021 E. 2.3 und 4.1).

Damit aber bestehen an der Aktenbeurteilung von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ mehr als nur geringe Zweifel, weshalb die Vorinstanz zu Unrecht darauf abgestellt hat.

**3.3** Sodann ist der Vorinstanz vorzuwerfen, dass sie ihren Entscheid auf unvollständiger Aktenbasis fällte. Auch der Aktenbeurteilung von Dr.med.

J. \_\_\_\_\_ lässt sich entnehmen, dass seine Zusammenfassung des aktenmäßigen Verlaufs mit dem Zwischenbericht des Hausarztes vom 10. August 2022 endet und damit unvollständig ist. Denn es steht fest, dass die Schmerzlinik im August 2022 eine multimodale Schmerztherapie ggf. komplettiert mit einer Traumaabklärung empfohlen hatte (vgl. oben 2.4.3). Eine solche wurde anschließend in der Klinik M. \_\_\_\_\_ durchgeführt (vgl. Bf-act. 1). Zusätzlich begab sich der Beschwerdeführer in psychiatrische Behandlung (vgl. Vi-act. 51). Einem Bericht des behandelnden Psychiaters vom 26. Juni 2023 lässt sich sodann entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 10. Mai 2023, mithin noch vor Erlass des Einspracheentscheides, begutachtet wurde (Vi-act. 51). Zu alle dem liegen keine medizinischen Berichte oder nur kurze Verlaufseinträge (Klinik M. \_\_\_\_\_) im Recht. Aufgrund des Vorliegens einer HWS-Distorsion und des protrahierten Verlaufs mit einem komplexen Beschwerdebild wäre es aber zwingend gewesen, vor Entscheidung Aktenvollständigkeit herzustellen, nachdem in zeitlicher Hinsicht erst der Erlass des Einspracheentscheides den Abschluss des zu beachtenden Sachverhaltes bildet (vgl. Urteil BGer 8C\_323/2021 vom 14.4.2022 E. 2.3). Dies insbesondere auch, da der Einspracheentscheid erst rund ein Jahr nach dem letzten Hausarztbericht gefällt wurde im Wissen, dass die ärztliche Behandlung fortgesetzt wurde.

**4.** Damit erweist sich die Beschwerde insoweit begründet, als die Vorinstanz zu Unrecht und in Verletzung ihrer Untersuchungspflicht auf die Aktenbeurteilung von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ abgestellt und gestützt hierauf die Verfügung vom 24. November 2022 bestätigt hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. September 2023 ist entsprechend aufzuheben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Sie wird dabei in einem ersten Schritt Aktenvollständigkeit herstellen müssen. Ob danach rund zwei Jahre nach dem Unfall vom 9. April 2022 eine Begutachtung mit persönlichem Untersuch noch angezeigt ist, wird sich erst nach Beurteilung der Akten feststellen lassen. Kann darauf verzichtet werden, wird die Vorinstanz dennoch nicht umhinkommen, ein Aktengutachten (nach Art. 44 ATSG) durch externe, für das HWS-Beschleunigungstrauma ausgewiesene Fachpersonen verfassen zu lassen und gestützt darauf neu zu entscheiden.

**5.1** Es sind keine Kosten zu erheben (Art. 61 lit. <sup>fbis</sup> ATSG).

**5.2** Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Parteienschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig

davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 Erw. 6.2, je mit Hinweisen).

Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihm zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG / § 74 Abs. 1 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. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 4. September 2023 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (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 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 8. Juli 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: 24. Juli 2024