

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2025 45

Entscheid vom 2. April 2026

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Präsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Marco Lacher, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw B._____,

gegen

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

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. 19__) war als Heizungsinstallateur über die C._____ AG bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er gemäss Schadenmeldung der Arbeitgeberin am 29. Mai 2023 während den Ferien in D._____ in einen Autounfall (Auffahrunfall/Heckkollision) verwickelt war (Vi-act. 1).

B. Die medizinischen Erstbehandlungen fanden in einem Spital in D._____ statt (Vi-act. 110). Am 30. Mai 2023 kehrte A._____ in die Schweiz zurück (Vi-act. 19), wo er am 1. Juni 2023 via Hausarzt ein MRI der Halswirbelsäule (HWS) durchführen liess (Vi-act. 31). Vom 6. bis 10. Juni 2023 war A._____ im Spital E._____ hospitalisiert, welches er notfallmässig aufgesucht hatte. Das Spital E._____ nahm ihn zur konservativen Therapie und Analgesie stationär auf, wo eine Bandscheibenprotrusion L4/5 sowie eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurde. Es wurden Infiltrationen durchgeführt. Die neurologische Untersuchung verblieb unauffällig (Vi-act. 34). Es resultierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Vi-act. 7).

C. Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht als Unfallversicherer und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen für die Folgen des (Nichtberufs-)Unfalls vom 29. Mai 2023 (vgl. Vi-act. 3 f.).

D. Nach Einholung einer versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. med. F._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie) vom 1. Mai 2024 (Vi-act. 121) stellte die Suva mit Verfügung vom 7. Mai 2024 die Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfalls vom 29. Mai 2023 per 29. Mai 2024 ein, da der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall gestellt hätte, spätestens zwölf Monate nach dem Unfall erreicht gewesen sei (Vi-act. 128).

Eine von A._____ am 7. Juni 2024 dagegen erhobene Einsprache (Vi-act. 137) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 30. Mai 2025 ab (VG-act. 3 = Vi-act. 168).

E. Am 3. Juli 2025 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Es sei die Verfügung der SUVA betreffend Schaden-Nr. ____ vom 30. Mai 2025 aufzuheben und es seien dem Einsprecher Taggeldleistungen seit dem 29. Mai 2024 auf der Basis der Arbeitsunfähigkeit von 100 % zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die Verfügung der SUVA betreffend Schaden-Nr. ____ vom 30. Mai 2025 aufzuheben und es sei die Angelegenheit zur Bemessung des Taggeldanspruchs des Beschwerdeführers an die SUVA zurückzuweisen.

3. Dem Einsprecher sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und RA MLaw B. _____ als sein unentgeltlicher Rechtsbeistand einzusetzen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der SUVA.

F. Mit Vernehmlassung vom 29. Juli 2025 beantragt die Suva die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (VG-act. 7). Der Beschwerdeführer lässt sich am 22. September 2025 noch einmal vernehmen (Replik; VG-act. 15), was der Suva mit Schreiben vom 24. September 2025 zur Kenntnis gebracht wurde (VG-act. 16).

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht als sozialversicherungsrechtliches Versicherungsgericht richtet sich gemäss Art. 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 grundsätzlich nach kantonalem Recht.

1.2 Vor Erlass eines Entscheides prüft das Verwaltungsgericht von Amtes wegen, ob die Voraussetzungen für einen Sachentscheid erfüllt sind; ist eine Voraussetzung nicht erfüllt, trifft das Gericht einen Nichteintretensentscheid (§ 27 Abs. 1 und 2 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRP; SRSZ 234.110] vom 6.6.1974).

1.3 Gegen Einspracheentscheide der Suva kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim Verwaltungsgericht erhoben werden (Art. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] vom 20.3.1981 i.V.m. Art. 56 ff. ATSG).

1.4 Anfechtungsgegenstand ist vorliegend einzig der - an die Stelle der Verfügung der Suva vom 7. Mai 2024 getretene - Einspracheentscheid vom 30. Mai 2025 (vgl. Urteil BGer 9C_673/2024 vom 11.3.2025 E. 1.2 m.H.). Mit der vorliegenden Beschwerde wird zwar die Aufhebung der 'Verfügung' vom 30. Mai 2025 beantragt, es ergibt sich allerdings aus der Beschwerdeschrift ohne Zweifel, dass damit der Einspracheentscheid der Suva vom 30. Mai 2025 gemeint ist, welcher auch der Beschwerde beigelegt wurde (vgl. VG-act. 2/Beilage 1).

2. Unbestritten zwischen den Parteien ist, dass das Ereignis vom 29. Mai 2023 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt. Als zwischen den Parteien unbestritten muss auch gelten, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers an seiner HWS abgeheilt sind (vgl. Vi-act. 90, 92; vgl. auch unten E. 3.22). Er

macht vor Verwaltungsgericht lediglich und weiterhin Schmerzen an der LWS geltend, worauf die Suva vernehmlassend hinweist und was vom Beschwerdeführer unwidersprochen geblieben ist.

Strittig und folglich zu prüfen ist, ob die Suva zu Recht per 29. Mai 2024 ihre Leistungen (Taggeld und Heilkosten) mangels Unfallkausalität eingestellt und den Fall abgeschlossen hat. Umstritten ist das Erreichen des Status quo sine.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird sie infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person 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).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; 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 (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; 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2; je mit Hinweisen).

2.2.2 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; 125 V 461 E. 5a; je mit Hinweisen).

2.3 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 150 V 188 E. 4.2; 146 V 51 E. 5.1; Urteil BGer 8C_297/2024 vom 18.12.2024 E. 4.1). Was den Zeitpunkt des Erreichens des Status quo sine anbelangt, so gilt es zu beachten, dass sich der konkrete Zeitpunkt, an dem der Status quo sine erreicht wurde, von der Natur der Sache her nicht auf den Tag genau feststellen lässt, sondern lediglich mehr oder minder präzise geschätzt werden kann (Urteile BGer 8C_506/2016 vom 4.11.2016 E. 3.2.1; 8C_341/2009 vom 24.7.2009 E. 4.2). Anzuführen ist, dass eine allgemeine Erfahrungsregel für sich allein genommen nicht geeignet ist, den erforderlichen Nachweis für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalls zu erbringen. Die Geltung einer solchen abstrakten Vermutung im konkreten Fall muss anhand der einzelnen Umstände nachvollziehbar dargetan sein (Urteil BGer 8C_844/2019 vom 26.2.2020 E. 3.2).

2.4 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 (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C_331/2015 E. 2.1.1; SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17, 8C_181/2009 E. 5.4 f. mit Hinweisen; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 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. Nabold, RBS-UVG, 5. Aufl., Art. 6 S. 57; Urteil BGer 8C_212/2015 vom 10.7.2015 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

2.5 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 ATSG-Hofer, Art. 4 N 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; 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 gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 150 V 188 E. 4.2; 146 V 51 E. 5.1).

2.6 Bei Taggeldern und Heilbehandlung handelt es sich nicht um Dauerleistungen. Der Versicherungsträger kann diese ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc et pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 E. 2.3.1; Urteile BGer 8C_305/2022 vom 13.4.2023 E. 5.1; 8C_474/2022 vom 29.3.2023 E. 3.2; 8C_187/2017 vom 11.8.2017 E. 2.3; 8C_176/2016 vom 17.5.2016 E. 3.2; 8C_249/2016 vom 1.3.2017 E. 3.2) oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden dahingefallen ist (Urteil BGer 8C_62/2023 vom 16.8.2023 E. 2.2). Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (Urteil BGer 8C_786/2021 vom 11.2.2022 E. 2 mit Hinweisen).

2.7 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; SK ATSG-Wiederkehr, Art. 43 Rz. 32 f.). Was not-

wendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; 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 Entscheid 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 Beweismwürdigung 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 Beweismwürdigung 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 Beweismwürdigung kann kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

2.8 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismwürdigung (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.

2.8.1 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; 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.8.2 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). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

2.8.3 Die Kreisärzte wie auch die Fachärzte des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der Suva sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Dies gilt unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel (Urteil BGer 8C_102/2025 vom 3.7.2025 E. 6.2.1 m.H.).

2.8.4 Geringe Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen von versicherungsinternen Fachärzten können in erster Linie/insbesondere durch abweichende Stellungnahmen anderer medizinischer Fachpersonen begründet werden (vgl.

Urteile BGer 9C_69/2023 vom 25.1.2024 E. 5.2; 8C_224/2020 vom 13.5.2020 E. 4.3).

Liegen bezüglich der entscheidungswesentlichen medizinischen Tatsachen keine vom Bericht der versicherungsinternen Fachärzte abweichenden Stellungnahmen anderer medizinischer Fachpersonen vor, so werden solche Zweifel in aller Regel zu verneinen sein (vgl. Urteile BGer 8C_106/2020 vom 17.3.2020 E. 4.1; 8C_786/2019 vom 20.2.2020 E. 4.1). Dies schliesst nicht aus, dass Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit anders als durch abweichende Arztberichte begründet sind (vgl. VGE I 2023 14 vom 12.7.2023 E. 6.4).

2.8.5 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 (vgl. Urteil BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; 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_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4; 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).

2.8.6 Schliesslich sind auch reine Aktengutachten beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 8C_281/2021 vom 19.1.2022 E. 3.2).

3. Was das Unfallereignis vom 29. Mai 2023 sowie den Gesundheitszustand und -verlauf des Beschwerdeführers anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

3.1 Am 1. Juni 2023 meldete die damalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers der Suva folgendes Ereignis vom 29. Mai 2023 (vgl. Vi-act. 1):

Autofahren (Fahrer oder Mitfahrer): Herr A. _____ war in den Ferien in D. _____ mit seinem Auto unterwegs. Es bildete sich ein Stau, er bremste und kam zum Stillstand. Das hinter ihm fahrende Fahrzeug übersah den Stau und konnte nicht mehr bremsen und fuhr in das Heck von seinem Auto. Dabei kollidierte er mit dem vor ihm stehenden Auto. Die Ambulanz brach[te] ihn dann in de[n] Spital. Sein ganzer Körper ist gestaucht, Halswirbel verschoben, Sprunggelenk gequetscht und Kopfschmerzen. Er konnte das Spital wieder verlassen und fuhr für

weitere Untersuchungen zurück in die Schweiz. Sein Hausarzt hat ihn jetzt zum CT angemeldet, da seine Hand immer wieder einschläft.

3.2 Aufgrund des Verkehrsunfalls wurde der medizinische Notfalldienst angeboten. In den Akten liegt der Notfallbericht vom 29. Mai 2023 des Notfallarztes Dr. med. G. _____ in D. _____ Sprache (Vi-act. 23). Eine in die deutsche Sprache übersetzte Version liegt soweit ersichtlich nicht vor (nachfolgender Text gemäss Übersetzung DeepL; 20.2.2026).

Um 15:32 Uhr wurde ich zum Einsatzort gerufen. Der Patient wurde bei einem Verkehrsunfall verletzt, in den er als Fahrer eines PKW verwickelt war; er war im Fahrzeug angeschnallt. Der Unfall ereignete sich auf der Hauptstrasse zwischen H. _____ und I. _____. Bei der Untersuchung war der Patient bei Bewusstsein und ansprechbar und konnte den Vorfall vollständig schildern. Eupnoe, SpO2 97 %, HR 101/min, BP 160/100 mmHg, SUK 5,1. Kopf ohne äussere Anzeichen einer Verletzung. Pupillen rund, gleich, reaktiv. Klagen über Schmerzen im Nacken. Eine Schanz-Krause wurde am Hals angelegt. Thorax in korrekter Ausrichtung. Atembewegungen beidseitig symmetrisch, nicht druckempfindlich bei Palpation; keine äusseren Anzeichen einer Verletzung. Bei der Auskultation sind Atemgeräusche vorhanden und auf beiden Seiten der Lunge gleichmässig, mit regelmässiger Atemfrequenz. Der Bauch oberhalb der Brust ist bei oberflächlicher und tiefer Palpation nicht druckempfindlich, ohne Abwehrspannung. Die Extremitäten sind vorhanden und symmetrisch, ohne Anzeichen einer Verletzung. Das Sprunggelenk ist bei Palpation druckempfindlich. Eine grobe neurologische Untersuchung zeigt keine Anzeichen eines neurologischen Defizits. GCS 15.

Polizei wurde benachrichtigt.

Diagnose: Verstauchung des Halses; Prellung des rechten Sprunggelenks.

3.3 Um 16.33 Uhr des Unfalltages wurde der Beschwerdeführer im Allgemeinspital J. _____ in D. _____ zur anschliessenden Erstbehandlung bzw. ambulanten chirurgische Untersuchung durch Dr. med. K. _____ aufgenommen, der um 17.04 Uhr seinen Befund erhob. Gemäss Bericht vom 29. Mai 2023 sei der Beschwerdeführer infolge eines Verkehrsunfalles als PKW-Führer verletzt worden; er sei nicht angeschnallt gewesen. Er habe über Schmerzen im Halsbereich und im Bereich der Vorderseite des Brustkorbes geklagt. Das Vorhandensein eines Bewusstseinsverlustes und Erbrechen sei negiert worden. Als Verletzungen notierte Dr. med. K. _____:

Kopf o.B., der Hals ist aktiv und passiv schmerzhaft zu Beginn der Bewegung, die rechte Seite des Brustkorbes ist schmerzhaft tastbar, Haut oberhalb davon o.B. Exkoriationen am rechten Sprunggelenk, ohne Anzeichen eines Knochentraumas. Der grobe neurologische Befund ist unauffällig, GCS 15.

Weiter hielt er fest, der Patient sei während der Untersuchung bei Bewusstsein, kommunikativ, orientiert, afebril, eupnoisch in Ruhelage, hydratisiert, und er rekonstruiere das Geschehen. Es seien u.a. Röntgenaufnahmen der HWS und des Brustkorbes durchgeführt worden. Im Ultraschall Abdomen zum Zeitpunkt der

Untersuchung seien keine Anzeichen einer Läsion der parenchymatösen Organe und keine freie Flüssigkeit im intraabdominellen Bereich festgestellt worden. Dr. med. K._____ stellte die Diagnose 'S13.4 Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule, Distorsio v. cervicalis [HWS-Distorsion], Contusio thoracis ant. [Thoraxprellung], Contusio art. TLC l. dex. cum excoriations [Prellung rechtes Sprunggelenk mit Hautabschürfung]'. Abschliessend empfahl er als Behandlung eine Schanz'sche Krawatte und Analgetika bei Bedarf. Der Beschwerdeführer sei zwecks Untersuchung an den Orthopäden, im Falle von neurologischen Beschwerden an den Neurochirurgen, zu überweisen (vgl. Vi-act. 24 [D._____] = Vi-act. 110 [Deutsch]).

3.4 Nachdem der Beschwerdeführer am 30. Mai 2023 in die Schweiz zurückgefliegen war (Vi-act. 19), begab er sich in hausärztliche Untersuchung bei Dr. med. L._____ (FMH Allg. Innere Medizin). Dieser liess am 1. Juni 2023 ein MR HWS nativ und mit i.v. KM bei der M._____ AG bzw. Dr. med. N._____ (Fachärztin FMH Radiologie und Neuroradiologie) durchführen bei klinischer Angabe Autounfall am 29. Mai 2023 mit HWS-Distorsion; Radikuläre Schmerzen im linken Arm und Dysästhesie. Gemäss Dr. med. N._____ lag folgender Befund vor (Vi-act. 31):

Es liegt keine Voruntersuchung zum Vergleich vor. Scangebiet: Kraniozervikaler Übergang - Bodenplatte BWK 2. Erhaltenes Alignment der Vorder- und Hinterkante. Leichte kyphotische Fehlstellung im mittleren Umfang der HWS. Keine Fraktur der HWS. Regelrechtes Signal der Medulla oblongata, des zervikalen des mitabgebildeten thorakalen Myelons ohne Nachweis eine Myelopathie.

HWK 2/3: Normale dorsale Diskusbegrenzung. Normale Weite des ossären Spinalkanals. Freie Abgrenzbarkeit der Neuroforamina, keine Nervenkompression.

HWK 3/4: Bilaterale, rechtsbetonte Unkovertebralarthrose mit geringer neuroforaminaler Einengung rechts, jedoch ohne Nachweis einer Nervenkompression. Discusbulging. Keine Spinalkanalstenose.

HWK 4/5: Flache Bandscheibenprotrusion nach foraminal bilateral ausgerichtet. Rechtsbetonte Unkovertebralarthrose mit neuroforaminaler Einengung rechts und möglicher Tangierung der C5 rechts. Keine Spinalkanalstenose.

HWK 5/6: Bandscheibendehydratation. Breitbasige Bandscheibenprotrusion nach foraminal bilateral ausgerichtet mit begleitender Unkovertebralarthrose und Osteochondrose, rechtsbetont. Konsekutive Tangierung und Kompression der C6 rechts. Neuroforaminale Tangierung der C6 links, jedoch ohne eindeutige Nervenkompression. Geringgradige Spinalkanalstenose.

HWK 6 - BWK 1: Keine Bandscheibenprotrusion. Keine Spinalkanalstenose. Freie Abgrenzbarkeit der Neuroforamina, keine Nervenkompression. Nach Kontrastmittelgabe zeigt sich eine gering aktivierte Osteochondrose Modic Typ I auf Höhe HWK 5/6; gering aktivierte Facettengelenksarthrose auf Höhe HWK 2/3 links. Kein pathologisches Enhancement intramedullär. Regelrechte Darstellung der mitabgebildeten paravertebralen Weichteile.

Sie gelangte zu folgender Beurteilung:

Bandscheibendegenerationen und Segmentdegenerationen auf Höhe HWK 3/4 bis HWK 5/6, Punctum maximum auf Höhe HWK 5/6 mit Tangierung und Kompression der C6 rechts und aktivierter Osteochondrose Modic Typ I rechts anterolateral. Tangierung der C6 links, jedoch ohne eindeutige Nervenkompression.

Geringgradige Spinalkanalstenose auf Höhe HWK 4/5.

Durch die Unkovertebralarthrose bedingte neuroforaminale Einengung rechts auf Höhe HWK 3/4 und HWK 4/5 mit Tangierung der C4 und C5 rechts, jedoch ohne Nervenkompression.

Geringgradig aktivierte Facettengelenksarthrose auf Höhe HWK 2/3 links.

Insgesamt keine Nervenkompression linksseitig.

Kyphotische Fehlhaltung des mittleren Umfangs der HWS.

Der Hausarzt attestierte dem Beschwerdeführer mit Zeugnis vom 6. Juni 2023 (keine Sprechstunde aktenkundig; vgl. Vi-act. 26) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 6. bis 16. Juni 2023 (Vi-act. 7). Diese wurde in der Folge immer wieder von verschiedenen Stellen verlängert (Vi-act. 10; soweit ersichtlich zuletzt bis 31.8.2024 [Vi-act. 156]).

3.5 Vom 6. Juni 2023 bis 10. Juni 2023 war der Beschwerdeführer im Spital E._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 13. Juni 2023 (Vi-act. 34) wurde als Diagnose festgehalten:

1. Bandscheibenprotrusion L4/5 mit
 - mässiger multifaktorieller Enge auf Höhe L5 links
 - St. n. Auffahrunfall am 29.06.2023 in D._____
2. HWS-Distorsion vom 29.05.2023 mit
 - intermittierenden Kribbelparästhesien Dermatome C8 links

Unter aktuellem Leiden wurde ausgeführt:

Notfallmässige Selbstvorstellung bei stärksten Rückenschmerzen. Der Patient berichtet, dass er am 29.05.2023 einen Auffahrunfall gehabt habe. Er sei in D._____ im Stau gestanden und ein anderes Auto sei von hinten mit ihm kollidiert, daraufhin sei er in ein anderes Auto gestossen worden. Dies sei im Ausland passiert, er sei danach aber schnell zurück in die Schweiz gekommen und am 01.06.2023 habe er via Hausarzt ein MRI der HWS durchführen lassen. Dabei sei alles unauffällig gewesen, er habe aber bis gestern eine Halskrause getragen. Heute sei er mit seinem Sohn grillieren gewesen, habe sich mehrmals gebückt und danach beim Hinsetzen Schmerzen lumbal links bekommen. Diese Schmerzen seien genau an einem Punkt lokalisiert und seien wie etwas Scharfes, das im Rücken stecken würde. Sein ganzes Bein sei dadurch blockiert, die Schmerzen strahlen aber nicht nach unten aus. Zudem habe er seit dem Unfall gelegentlich ein Kribbeln im linken Arm, welches bis in den Klein- und Ringfinger ziehen würde. Es habe gegen 18:00 Uhr begonnen und zwei 600 mg Ibuprofen hätten fast gar nicht geholfen. Ansonsten sei bei ihm eine rheumatische Erkrankung bekannt und er bekomme deshalb wöchentlich 15 mg Methotrexat. Beruf: gelernter Krankenpfle-

ger, jetzt Lüftungsmonteur. Allergien: keine. Noxen: Rauchen 1 Pack/Tag (kumulativ ca. 30py), Alkohol mehrmals pro Woche.

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes erfolgte am 7. Juni 2023 eine bildgebende Diagnostik (Röntgen LWS und Becken; CT Becken und LWS, MR ISG und LWS; vgl. Vi-act. 34):

Das Röntgen Becken zeigte eine deutliche Camdeformität beidseits, keine Fraktur; das Röntgen LWS eine 5-gliedrige LWS. Linkskonvexe Skoliose der LWS gemessen Bodenplatte L1 bis Deckplatte L5 von 12°. Streckstellung in der Seitenaufnahme. Mögliche Anterolisthese von L5. Alignement sonst erhalten. Keine Fraktur. Keine höhergradigen ossären Degenerationen.

Das CT zeigte eine bilaterale Spondylolyse auf Höhe L5/S1. Erhaltenes Alignement der LWS. Keine Fraktur der LWS und im Becken. Streckhaltung. Miterfasste Weichteile unauffällig.

Und der MR-Befund wurde im Austrittsbericht wiedergegeben mit: Eng angelegter lumbaler Spinalkanal mit leichter epiduraler Lipomatose. Mehrsegmentale, beginnende Bandscheibendegenerationen mit kleiner Extrusion L4-5, hier multifaktorielle mässiggradige Spinalkanalstenose. Mässige spinale Enge auch L5-S1 durch die Lipomatose. Bilaterale Spondylolyse auf Höhe L5/S1, leichter Reizzustand hier und an den beginnend degenerierten Facettengelenken L2-3 bis L5-S1 bds. Mässige multifaktorielle foraminale Enge für L5 links. Geringer Reizzustand an den wenig degenerierten ISG linksbetont (vgl. auch Vi-act. 43).

Weiter wurde im Austrittsbericht des Spitals festgehalten, dass am 9. Juni 2023 bei Beschwerderesistenz eine Infiltration durchgeführt wurde und sich am Folgetag eine deutlich regrediente Symptomatik und ein schmerzkompensierter Patient gezeigt habe. Die neurologische Untersuchung sei unauffällig geblieben. Aufgrund privater Termine sowie eines Eingriffs am O._____ am 13. Juni 2023 habe der Patient den vorzeitigen Austritt aus dem Spital gegen ärztlichen Rat gewünscht und er habe das Spital am 10. Juni 2023 verlassen.

3.6 Am 10. Juni 2023 beantwortete der Beschwerdeführer das Schadensformular der Suva zum Schadenfall vom 29. Mai 2023 (Vi-act. 8). Darin umschrieb er das Ereignis wie folgt (orthographisch angepasst):

Es ist im Ausland passiert. Ich stand im Stau und ein anderer ist mir von hinten ins Auto reingefahren und hat dabei noch mein Fahrzeug in ein anderes reingeschoben. Das Fahrzeug war gemietet gewesen. Es wurde auch ein Polizeibericht gemacht. Die Ambulanz hat mich aufgrund starker Schmerzen im Nacken und Rücken ins nächste Spital gebracht. Nach Röntgen und Ultraschall bin ich zu diversen Ärzten (Chirurg, Orthopäde, Internist) zur Untersuchung und bekam einen Kragen aus Gips. Am nächsten Tag flog ich mit grosser Mühe zurück in die Schweiz. Hier habe ich mich dann beim Hausarzt gemeldet und natürlich beim Arbeitgeber.

3.7 Am 22. Juni 2023 füllte Dr. med. L._____ den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma aus (Vi-act. 11). Betreffend Erstuntersuchung wird auf den Bericht D._____ verwiesen. Zum Unfallgeschehen wird eine ungebremsste Heckkollision im Stau mit ca. 80 km/h und Schieben in das vordere Auto angegeben. Nach Angaben durch den Patienten/Beschwerdeführer sei es in der Folge bei aufrechter Sitzposition und gerader Kopfstellung zu einem Kopfanprall an der Kopfstütze gekommen; der Beschwerdeführer sei auf die Kollision nicht gefasst gewesen; er habe eine aufrechte Sitzposition innegehabt und Sicherheitsgurte getragen [sic]; der Airbag sei nicht ausgelöst worden. Bewusstlosigkeit wird verneint, eine Gedächtnislücke (für das Ereignis) und eine Angst- und/oder Schreckreaktion (für 3 Minuten) werden bejaht. Der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall weder als Lenker noch als Beifahrer mit dem Unfallauto weiterfahren können und sei 3.5 Stunden im Notfall eines grossen Privatspitals gewesen. Zum Beschwerdeverlauf seit dem Unfallzeitpunkt gab der Beschwerdeführer an, Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung Schulter [...] bds. (jeweils Schmerzintensität 10) seien sofort eingetreten. Weiteres wie Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Hörstörungen, Sehstörungen und Schlafstörungen werden verneint. Als andere Symptome werden 'Diffuse Rückenschmerzen. Langsam zunehmend. Siehe Bericht' notiert. Verneint werden ein früherer Unfall wie auch behandlungsbedürftige Beschwerden vor dem Unfall. Als aktuelle Medikamente wird 'Methotrexat' festgehalten. Beim Untersuchungsbefund der HWS wurden Schmerzen bei der Extension, der Linksdrehung, und der Seitneigung rechts und links vermerkt. Schmerzen bei Flexion und Rechtsdrehung wurden verneint; ein lokaler Druckschmerz im Nacken- und Schulterbereich links sowie ein Ruheschmerz und ein Stauchungsschmerz (ohne Ausstrahlung) wurden angegeben. Zudem wurden Schmerzen/Funktionseinschränkung der LWS siehe Bericht li paravertebral angegeben; keine Ausstrahlung mehr dokumentiert. Die neurologische Untersuchung zeigte normale Muskelkraft, Parästhesien [...] bds Beine und keine sensiblen Defizite. Der GCS-Score lag bei 15. Als äussere Verletzungen wurden 'Beule Hinterkopf, Schnittwunde li neben Achillessehne' festgehalten. Als vorläufige Diagnose nach QTF-Klassifikation wurde die Diagnose Grad III (Nackenbeschwerden und neurologische Befunde [abgeschwächte oder fehlende Muskeleigenreflexe, Muskelschwäche und sensible Ausfälle miteingeschlossen]) aufgeführt. Es wurde eine Schmerztherapie unter Einsatz von NSAR und eine aktive Physiotherapie angeordnet. Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit körperlicher Belastung seit Unfall attestiert.

3.8 In der planmässigen Verlaufskontrolle am 7. Juli 2023 bei Dr. med. P._____ (Facharzt Orthopädie) einen Monat nach Spitalaustritt wird als aktuelle Diagnose angegeben:

- Posttraumatisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom vom Typ L5 links mit/bei:
- Bandscheibenprotrusion L4/5 mit mässiger multifaktorieller Enge auf Höhe L5 links
 - Status nach Infiltration Nervenwurzel L5 links (während des stationären Aufenthalts): Deutliche Schmerzlinderung
- St. n. Auffahrunfall am 29.06.2023 in D. _____
- HWS-Distorsion vom 29.05.2023 mit intermittierenden Kribbelparästhesien Dermatome C8 links

Der Beschwerdeführer berichte, weiterhin von der Infiltration zu profitieren, sodass die nach distal ausstrahlenden Schmerzen ins linke Bein weitgehend kopiert [wohl: kompensiert] seien. Im Vordergrund würden nun stechende linksbetonte Schmerzen lumbal stehen, welche gelegentlich bis ins Gesäss ausstrahlen würden. Die Beschwerden seien belastungsabhängig. Weiter hielt der Arzt fest, dass die Wirkung der Infiltration hinsichtlich der distalen Beinschmerzen im Dermatome L5 rechts [recte: links] nach wie vor recht gut anhalte. Persistierend seien jedoch noch belastungsabhängige lumbale Rückenschmerzen linksbetont, welche sich auf die Reizung der Facettengelenke zurückführen lassen könnten. Sollten die Beschwerden persistieren/zunehmen, würde er eine erneute Infiltration, diesmal unter Einschluss der Facettengelenke, empfehlen. Eine Indikation für ein chirurgisches Vorgehen bestehe aktuell nicht (Vi-act. 46).

3.9 Am 1. September 2023 führte Dr. med. P. _____ beim Beschwerdeführer eine weitere Wurzelinfiltration L5 links durch (Vi-act. 44). Im Bericht vom 21. September stellte er folgende Diagnose (Vi-act. 41):

- Posttraumatisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom vom Typ L5 links mit/bei:
- Bandscheibenprotrusion L4/5 mit mässiger multifaktorieller Enge auf Höhe L5 links
 - Spondylolyse L5/S1 bds. ohne Olisthese
 - Status nach Infiltration Nervenwurzel L5 links (während des stationären Aufenthalts): Deutliche Schmerzlinderung
 - Status nach Infiltration Nervenwurzel L5 links 01.09.2023: Kein Effekt
- St. n. Auffahrunfall am 29.06.2023 in D. _____
- HWS-Distorsion vom 29.05.2023 mit intermittierenden Kribbelparästhesien Dermatome C8 links

Der Beschwerdeführer erscheine zur Verlaufskontrolle nach Infiltration Nervenwurzel L5 links am 1. September 2023. Gemäss seinen Angaben und anhand des Schmerzprotokolls gehe eine praktisch fehlende respektive unzureichende Wirkung der Infiltration hervor. Die vorallem lokalen glutealen Schmerzen links seien nach wie vor sehr belastend und würden den Patienten bei diversen Tätigkeiten, insbesondere beim Verrichten seiner beruflichen Tätigkeit, hindern.

Unter Beurteilung und Prozedere wird im Wesentlichen festgehalten, dass die Infiltration Nervenwurzel L5 links diesmal leider erfolglos gewesen sei. Möglicher-

weise könne auch eine Irritation der Facettengelenke und/oder der Lysezone bei Spondylolyse Grund für die Schmerzen sein (Vi-act. 41).

3.10 Im Bericht vom 16. Oktober 2023 bestätigt Dr. med. P._____ die frühere Diagnose (vgl. oben E. 3.8 f.). Unter Beurteilung und Prozedere hält er im Wesentlichen fest, dass er momentan dem Beschwerdeführer chirurgisch nichts Plausibles anbieten könne, was einen positiven Effekt hervorbringen könnte. Deshalb bitte er seine Kollegin um ein Aufgebot des Patienten zur Erörterung einer Radiofrequenz Behandlung nach 2-malig positiver Infiltration der Nervenwurzel L5 links. Aktuell halte er angesichts der vorliegenden Gesässschmerzen die Lysezone als eher asymptomatisch, dies könne jedoch im weiteren Verlauf wieder reevaluiert werden. Deshalb erfolge bei ihm nun Behandlungsabschluss vorbehaltlich der Befunde aus D._____ (Vi-act. 40).

3.11 Bei einer ausserplanmässigen Vorstellung des Beschwerdeführers am 9. November 2023 bei Dr. med. P._____ hielt dieser fest, dass der Beschwerdeführer am Arbeitsplatz wieder höhergradiger körperlicher Belastung ausgesetzt gewesen sei. Nach einem dreitägigen Arbeitsversuch habe sich die Schmerzsymptomatik wieder akzentuiert. Momentan seien die Schmerzen auf VAS 7 bis 8 eingestuft und würden wieder lumbal als auch links radikulär im Dermatom L5 wahrgenommen. Einigermassen gute Wirkung des Analgetikum Celecoxib; subjektiv keine Veränderung des sensomotorischen Status; keine Beinschwäche. In Kenntnis der Lyse L5/S1 würden im nächsten Schritt Funktionsaufnahmen der LWS veranlasst werden, um eine Gefügeverschiebung unter Belastung auszuschliessen (Vi-act. 72).

3.12 Am 13. November 2023 erfolgte beim M._____ AG zur Verlaufskontrolle eine Untersuchung 'Röntgen LWS Lordoseaufnahme'. Im Befund vom gleichen Tag, signiert von Dr. med. Q._____ (Assistenzärztin Radiologie) und Dr. med. R._____ (Fachärztin FMH Radiologie und Neuroradiologie), wird festgehalten, dass im Liegen der Lordosewinkel zwischen LWK 1 und LWK 5 ca. 30 Grad (Normbereich) betrage; erhaltenes Alignement und keine höhengeminderten Wirbelkörper (Vi-act. 52).

3.13 Am 4. Dezember 2023 erfolgte eine ambulante wirbelsäulenchirurgische Untersuchung bei Dr. med. P._____. Der Beschwerdeführer stelle sich zur Befundbesprechung nach Funktionsaufnahmen der LWS vor. Er berichte über eine relative Toleranz der Schmerzen unter Celecoxib. Allerdings sei er beim bergab gehen vorgestern mit dem linken [wohl: Bein] ausgerutscht, seitdem habe er sich extrem am Rücken gezerrt. Mittlerweile seien jedoch diese Schmerzen wieder etwas regredient; vom Arbeitgeber habe er zwischenzeitlich die Kündi-

gung erhalten. Dr. med. P._____ gelangte zur Beurteilung, die Anterolisthese scheine in den Funktionsaufnahmen stabil zu sein. Wie weit die Lyse selber, gegebenenfalls durch den Unfall in Juni 2023 getriggert sei, die Schmerzen auslöse oder psychische Komponenten vorliegen würden, sei unklar (Vi-act. 71).

3.14 In seiner Kurzbeurteilung vom 19. Dezember 2023 hält der Suva-Mediziner Dr. med. F._____ fest, dass die Behandlungen der LWS, inkl. Infiltrationsbehandlung Nervenwurzel L5 links, nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. Mai 2023 stehen würden. Als Begründung führt er das zweizeitige Auftreten der Rückenproblematik lumbal an und verweist hierfür auf die anamnestischen Angaben im Austrittsbericht des Spitals E._____ vom 13. Juni 2023 (Vi-act. 57; vgl. oben E. 3.5).

3.15 Am 2. Januar 2024 erfolgte eine Fazettengelenkinfiltration L4/L5 beidseits durch Dr. med. P._____ (vgl. Vi-act. 70, 5.3; 118, 5.2).

3.16 Dr. med. S._____ (Facharzt FMH für Rheumatologie) stellte in seiner rheumatologischen Beurteilung vom 4. Januar 2024 zuhanden des Hausarztes u.a. folgende Diagnosen (vgl. Vi-act. 70):

1. Vd.a. undifferenzierte Spondylarthritis [...]
2. C2-Abusus [...]
3. Leicht erhöhte Transaminasen [...]
4. Chronische Diarrhoe, EM2023 [...]
5. hochgradiger Vd.a. Ruminationssyndrom, O._____ 6/23 [...]
6. Posttraumatisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 links
 - Auffahrunfall 5/23 in D._____
 - Rx LWS, Becken 6/23: Camdeformität bds. Linkskonvexe Skoliose. Streckstellung
 - CT Becken und LWS 6/23: bilaterale Spondylolyse L5/S1
 - MR LWS und ISG 6/23: eng angelegter lumbaler Spinalkanal mit leichter epiduraler Lipomatose. Mehrsegmentale, beginnende Bandscheibendegenerationen mit kleiner Extrusion L4/5, hier multifaktoriell mässiggradige Spinalkanalstenose. Mässige spinale Enge L5/S1 durch Lipomatose. Bilaterale Spondylolyse L5/S1, leichter Reizzustand hier und an den beginnend degenerierenden Facettengelenken L2/3 und L5/S1. Mässige multifaktorielle foraminale Enge L5 links. Geringer Reizzustand an den wenig degenerierten ISG linksbetont (subchondrales Ödem)
 - Infiltration Nervenwurzel L5 links 9.6.23
 - Anamnestisch weitere Infiltrationen
7. HWS-Distorsion 5/23 mit intermittierenden Kribbelparästhesien Dermatome C8
 - MR HWS 6/23: Bandscheibendegenerationen und Segmentdegenerationen C3/4-C5/6, punctum maximum C5/6 mit Tangierung und Kompression Wurzel C6 rechts und aktivierter Osteochondrose Modic Typ I rechts anterolateral.

Tangierung C6 links, keine sichere Neurokompression. Geringgradige Spinalkanalstenose C4/5. Durch Unkovertebralarthrose bedingte neuroforaminale Einengung rechts C3/4 und C4/5 mit Tangierung C4 und C5 rechts. Geringgradig aktivierte Facettengelenksarthrose C2/3 links

8. Chronische Sinusitis ethmoidalis und maxillaris

9. Nebendiagnosen [...]

Grund der rheumatologischen Verlaufskontrolle waren nicht die Unfallfolgen, was sich so aus der Anamneseerhebung, dem erhobenen klinischen Befund sowie der Beurteilung ergibt. Gleichwohl äusserte sich der Beschwerdeführer auch zu den Rückenbeschwerden, welche in letzter Zeit das Problem gewesen seien. Er sei mehrmals im Spital mit Rx und MR oder CTs gewesen, habe insgesamt 4 Infiltrationen erhalten (die letzte am Vorvortrag) was 2-3 Tage helfe, dann komme es wieder; er sei deswegen bei Dr. med. P. _____ in Behandlung. Schmerzen lumbal links und Gesäss (gehe nicht mehr weiter distal, vorher zT bis Knie oder noch weiter, seitlich und dorsal), seit diesem Unfall, beim Aufstehen aus dem Sitzen oder beim Abhocken wenn tiefer Sitz, nicht in Nacht, schlafe das Bein ein, vor allem Unterschenkel dorsal. Stehen und Laufen gehe (ausser länger Laufen). Physiotherapie habe die Situation verschlimmert, so dass er nach 2 Sitzungen aufgehört habe; er überlege sich Fitness. Er sei seit 5/23 100% AUF; habe auf Ende 1/24 die Kündigung erhalten; bald Termin bei IV.

3.17 Am 19. Januar 2024 teilte der Beschwerdeführer der Suva telefonisch mit, dass er noch Beschwerden am Rücken habe. Diese seien zentral am Rücken. Weiter habe er noch Beschwerden auf der linken Seite ab der Hüfte bis zum Fuss. Abends habe er jeweils ein Kribbeln, das von der Hüfte bis zum Fuss ziehe. Beim Treppenlaufen sei es auch schon vorgekommen, dass das linke Bein eingeschlafen sei. Auf der rechten Seite habe er keine Beschwerden. Er habe auch vor dem Unfall nie solche Probleme gehabt (Vi-act. 84).

3.18 Auf Anfrage der Suva bei Dr. med. L. _____ im Januar 2024 nach weiteren Untersuchungen, erkundigte sich der Hausarzt, ob dies erfolgen solle, auch wenn der Beschwerdeführer im Nacken völlig beschwerdefrei sei (Vi-act. 90). Und auf Nachfrage der Suva, ob demzufolge keine Beschwerden mehr im Sinne von zeitweise auftretenden Gefühlsstörungen an der linken oberen Extremität (intermittierende Kribbelparästhesien Dermatom C8 links) bestünden (Vi-act. 91), verneinte dies Dr. med. L. _____ gleichentags; der Beschwerdeführer meine, es sei gut (Vi-act. 92).

3.19 Auf Anfrage der Suva vom 19. Februar 2024 nach dem Datum der Befunderhebung gemäss HWS-Dokumentationsbogen vom 22. Juni 2023 antwortete Dr. med. L. _____ am 4. März 2024, die Befunde seien am 22. Juni 2023 erhoben

worden; Behandlungszeitpunkt sei am Unfalltag, 29. Mai 2023, gewesen, Untersuchungen Spitäler in D. _____ (Vi-act. 103).

3.20 Am 5. April 2024 erfolgte eine Infiltration Lysezzone L5/S1 (CT-gesteuert) durch Dr. med. P. _____. Im Bericht vom 18. April 2024 wird festgehalten, dass es für zwei bis drei Tage zu einer vollständigen Schmerzfreiheit gekommen sei. Nun verspüre der Beschwerdeführer wieder ein Aufflammen der Beschwerden. Er wünsche, die konservativen Möglichkeiten auszuschöpfen und entsprechend eine Radiofrequenz-Behandlung. Folglich werde Dr. med. T. _____ zur Behandlung der Facettengelenke L4/5 und L5/S1 und gegebenenfalls inkl. der Nervenwurzel L5 links gebeten. Im Falle einer therapierefraktären Situation würde gegebenenfalls die Spondylodese L5/S1 diskutiert (Vi-act. 142).

3.21 Am 15. April 2024 erkundigte sich die Suva bei Dr. med. L. _____, wann und bei welchem klinischen Befund die letzte hausärztliche Untersuchung stattgefunden habe und warum keine neurologische Untersuchung in die Wege geleitet worden sei, obwohl der Versicherte über neurologische Ausfälle geklagt habe. Der Hausarzt antwortete gleichentags (Vi-act. 118):

Meinen Sie im Bereich der HWS oder LWS?

HWS: im MRI wurden keine relevanten Traumafolgen beschrieben, insbesondere keine Nervenkompressionen.

Das klinische C8 Syndrom war auch rasch wieder normalisiert und ist seither nicht mehr aufgetreten.

LWS: die neurologischen Auffälligkeiten sind mit dem radiologisch und orthopädisch diagnostiziertem Persistierende Lumbalgien mit/bei:

- Bandscheibenprotrusion L4/5 mit mässiger multifaktorieller Enge auf Höhe L5 links
- Status nach Infiltration Nervenwurzel L5 links (während des stationären Aufenthalts): Deutliche Schmerzlinderung
- St.n. Infiltration Facettengelenke L4/5 bds 02.01.2024: gutes Ansprechen
- Lyse L5/S1 bds

Erklärt

Die letzte Untersuchung bei ihm zur Besprechung Rückenschmerzen VAS 3-4 und Bericht Rheumatologie sowie wie weiter sei am 18. März 2024 gewesen.

3.22 Telefonisch teilte der Beschwerdeführer der Suva am 16. April 2024 im Wesentlichen mit, dass er immer noch an Schmerzen im Bereich des Rückens, wo der Aufprall gewesen sei, leide. Auch schlafe ihm immer wieder das linke Bein ein. Hingegen verspüre er keine Beschwerden mehr an der HWS. Zwei bis drei Tage nach der Infiltration in den Rücken sei es ihm besser gegangen, danach sei der Zustand wieder wie vorher gewesen (Vi-act. 114).

3.23 In der ärztlichen Beurteilung vom 1. Mai 2024 fasste Dr. med. F. _____ zunächst den relevanten Sachverhalt nach Aktenlage zusammen (S. 2 f.). Anschliessend führte er beurteilend aus, folgendes sei aktenkundig (Vi-act. 121):

- Ein Autounfall vom 29. Mai 2023 in D. _____, bei dem ein hinter dem Beschwerdeführer fahrendes Fahrzeug in das Heck seines Autos gefahren sei mit dabei erlittener Rückenkontusion und HWS-Distorsion;
- fachärztlich-radiologisch beurteilte multisegmentale Bandscheibensegmentdegenerationen und Facettengelenkarthrosen der HWS in den Segmenten C3/4 und C4/5;
- mehrsegmentale Bandscheibendegenerationen mit multifaktoriellen mässiggradigen Spinalkanalstenosen der LWS im Segment L4/5 und L5/S1;
- eine im Rahmen der radiologischen Funktionsaufnahme der LWS am 13. November 2023 wirbelsäulenchirurgisch am 4. Dezember 2023 beurteilte, bekannte leichte Anterolisthese im Segment L5/S1.

Nach persönlicher Einsichtnahme in die vorliegenden MRI-Bilder (HWS 1.6.2023, LWS und ISG 7.6.2023; Funktionsaufnahmen 4.12.2023) seien die fachradiologisch beurteilten degenerativen Veränderungen an der HWS und LWS sowie die vorbestehende anlagebedingte Segmentinstabilität mit Anterolisthese im Segment L5/S1 zu bestätigen. Sodann habe der Versicherte am 16. April 2024 bestätigt, vonseiten der HWS keinerlei Beschwerden mehr zu verspüren (S. 3 f.).

Die ihm unterbreiteten Fragen beantworte Dr. med. F. _____ wie folgt (S. 4 f.):

LWS:

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

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ja

1.1. Wenn ja, inwiefern?

Aufgrund degenerativ- und krankhaftbedingt, vorbestehender Veränderungen, wie MR-morphologisch und konventionell-radiologisch aktenkundig am 07.06.2023 und 13.11.2023 erkennbar festgehalten.

2. Wenn Sie Frage 1 verneinen: [entfällt]

3. Falls Sie Frage 1 bejahen:

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

Überwiegend wahrscheinlich nein, da bildmorphologisch nach dem Unfall vom 29.05.2023 kein erkennbarer Nachweis unfallbedingter struktureller Traumafolgen im Bereich der HWS und LWS.

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

Unter Berücksichtigung der vorbestehenden degenerativen Veränderungen spielen Unfallfolgen an der LWS im Beschwerdebild aus fachärztlicher orthopädisch-traumatologischer Sicht erfahrungsgemäss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens nach 12 Monaten keine Rolle mehr.

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

HWS:

4. Welche strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalles vom 29. Mai 2023 liegen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor?

Unter Berücksichtigung der vorliegenden bildmorphologischen Untersuchungen der HWS liegen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalls vom 29.05.2023 vor.

5. Kann von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden?

Bei vom Versicherten am 16.04.20[2]4 erwähnter Beschwerdefreiheit vonseiten der HWS kann von weiteren Behandlungen der Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden.

5.1. Wenn ja, mit welchen Behandlungsmassnahmen? Voraussichtliche Behandlungsdauer? [entfällt]

6. Wie beurteilen Sie in Anbetracht der beklagten Beschwerden nach dem Unfall die Arbeitsfähigkeit als Heizungsinstallateur sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in zeitlicher und leistungsmässiger Hinsicht?

In Anbetracht der beklagten Beschwerden nach dem Unfall nach bildmorphologischem Ausschluss unfallbedingter struktureller Traumafolgen kann derzeit unfallbedingt von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit als Heizungsinstallateur und von einer adaptierten, vollen Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegangen werden.

7. Wann kann mit einer Steigerung gerechnet werden? Prozent Arbeitsfähigkeit? Ab wann?

In Anbetracht unfallbedingt fehlender struktureller Traumafolgen an der HWS und LWS kann, nachdem Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens 12 Monate nach Unfallereignis keine Rolle mehr spielen, ab dem 29.05.2023 [wohl: 29.05.2024] von einer unfallbedingt vollen Arbeitsfähigkeit sowohl als Heizungsinstallateur als auch von einer unfallbedingt vollen Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegangen werden.

4.

4.1 Die Suva legte im angefochtenen Einspracheentscheid zunächst die medizinische Sachlage dar (vgl. dortige E. 3) und erwog anschliessend im Wesentlichen, dass voll und ganz auf die versicherungsinterne Beurteilung von Dr. med. F._____ vom 1. Mai 2024 abgestellt werden könne. Eine davon abweichende, begründete ärztliche Kausalitätsbeurteilung liege nicht vor. An der HWS habe der Beschwerdeführer keine Beschwerden mehr geltend gemacht. Vorliegend

habe die versicherungsinterne Beurteilung ohne persönliche Untersuchung stattfinden können, da ein lückenloser Befund vorliege und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts gegangen und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund gerückt sei. Die Einwände des Beschwerdeführers, er leide immer noch an Beschwerden, welche er vor dem Unfallereignis nicht verspürt habe, würden sich gemäss der Formel "post hoc ergo propter hoc" als unbehilflich erweisen. Ausserdem würde es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entsprechen, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstünden und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht falle. Vorliegend fehle es unter anderem an der besonderen Schwere. Die Symptome einer Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) seien zudem nicht unverzüglich nach dem Ereignis aufgetreten. Es könne damit höchstens davon ausgegangen werden, dass die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch das Ereignis aktiviert worden sei. Eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule sei in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. Die Ansicht des Versicherungsmediziners, dass die durch den Unfall symptomatisch gewordene Bandscheibenproblematik nach zwölf Monaten nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen sei, stehe mit dieser Rechtsprechung im Einklang. Der Status quo sine sei daher am 29. Mai 2024 erreicht gewesen (vgl. dortige E. 4).

4.2 Der Beschwerdeführer lässt dagegen vortragen, dass gemäss den vorliegenden Untersuchungsergebnissen die bestehenden Rückenbeschwerden sowie seine Arbeitsunfähigkeit auf den Unfall vom 29. Mai 2023 zurückzuführen seien. Er lässt eine ungenügende Begründung der fehlenden Unfallkausalität und eine ungenügende Sachverhaltsabklärung rügen. Die Suva habe sich einzig auf den Bericht von Dr. med. F. _____ vom 1. Mai 2025 abgestützt. Jener fasse die ärztlichen Befunde eingangs zwar grundsätzlich zutreffend zusammen, unterbreite jedoch im Rahmen der Beurteilung diverse Befunde und gebe diese teilweise auch unkorrekt wieder:

- Dr. med. F. _____ lasse ohne erkennbaren Grund ausser Acht, dass das Spital E. _____ im Austrittsbericht vom 13. Juni 2023 die festgestellte Bandscheibenprotrusion L4/L5 mit mässiger multifaktorieller Enge auf Höhe L5 links auf den Auffahrunfall am 29. Mai 2023 in D. _____ zurückführe;
- Ferner lasse Dr. med. F. _____ auch die dem Beschwerdeführer diagnostizierte Anterolisthese vom L5 und bilaterale Spondylolyse auf Höhe L5/S1 in

seiner Beurteilung unberücksichtigt. Dies ohne nachvollziehbaren Grund, insbesondere angesichts dessen, dass Dr. med. P._____ die Schmerzen des Beschwerdeführers sowie die Anterolisthese bzw. Spondylolyse in seinen Berichten vom 7. Juli 2023, vom 21. September 2023 und vom 4. Dezember 2023 als "posttraumatisch" bzw. als "Status nach Auffahrunfall am 29.06.2023 in D._____" bezeichne und damit klar auf den Unfall zurückführe;

- Im Rahmen der Wiedergabe der radiologischen Funktionsaufnahme vom 13. November 2023 und wirbelsäulenchirurgischen Beurteilung von Dr. med. P._____ vom 4. Dezember 2023 erwähne Dr. med. F._____ die Anterolisthese zwar, bezeichne diese indessen als "bekannt" bzw. nachfolgend "anlagebedingt", was sich angeblich auch aus den ihm vorliegenden Bildern ergebe. Dieser Befund finde indessen in den übrigen ärztlichen Berichten keinerlei Stütze. Keiner der medizinischen Fachpersonen, welche den Beschwerdeführer - im Gegensatz zu Dr. med. F._____ - persönlich untersucht hätten, führe die Spondylolyse und Anterolisthese auf degenerative Veränderungen an der LWS des Beschwerdeführers zurück, im Gegenteil: Sämtliche der vorliegenden Berichte würden sie als Folge des Auffahrunfalls bezeichnen;
- Es würden somit - abgesehen von der Interpretation von Dr. med. F._____ - keinerlei Hinweise existieren, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfallereignis vom 29. Mai 2023 an einer Anterolisthese bzw. Spondylolyse litt oder dass diese durch vorbestehende Gesundheitsschäden des Beschwerdeführers begünstigt worden wären. Vielmehr würden derartige Verschiebungen von Wirbelkörpern untereinander bzw. gegeneinander u.a. häufig direkt durch Verletzungen der Wirbelsäule verursacht. Bei diesem Sachstand sei die (unmotivierte) Feststellung von Dr. med. F._____, das Unfallereignis habe zu keinen strukturellen Verletzungen geführt, nicht haltbar;
- Letztlich gebe Dr. med. F._____ den Bericht des Hausarztes Dr. med. L._____ vom 16. April 2024 unzutreffend wieder, indem er festhalte, Dr. med. L._____ habe ausgeführt "die neurologischen Auffälligkeiten [seien] mit ... Status nach Infiltration der Facettengelenke L4/5 beidseits vom 02.01.2024 bei gutem Ansprechen auf die Lyse L5/S1 beiderseits erklärt". Dr. med. L._____ dokumentiere indessen gerade kein gutes Ansprechen auf "die Lyse L5/S1" (was auch keinerlei Sinn ergeben würde, zumal der Beschwerdeführer zweifelsohne nicht gut auf eine Deformation seiner Wirbelsäule angesprochen habe), sondern ein gutes Ansprechen auf die Infiltration der Facettengelenke L4/5 beidseits. Demgegenüber bezeichne er die "Lyse L5/S1 bd" als persistierend.

Zusammengefasst bilde der Bericht von Dr. med. F. _____ offensichtlich keine taugliche Grundlage dafür zu behaupten, dass die Symptome des Beschwerdeführers seit dem 29. Mai 2024 nicht mehr adäquat kausal durch das Unfallereignis verursacht worden seien. Es würden vielmehr handfeste Hinweise dafür vorliegen, dass die Folgen des Unfalls nach wie vor als primäre Ursache der Schmerzen des Beschwerdeführers zu betrachten seien. Der Beschwerdeführer leide ja auch erst seit dem Unfall an Schmerzen in der Lendenwirbelsäule. Dies müsse als klares Indiz dafür gewertet werden, dass die Unfallfolgen zu den Schmerzen geführt haben, welche der Beschwerdeführer nun erlebe. Dies werde, soweit ersichtlich, denn auch nicht in Frage gestellt. Es würden keinerlei Hinweise bestehen, dass der Unfall lediglich den degenerativen Vorzustand seiner LWS akzentuiert habe. Sämtliche im Recht liegenden Belege würden die Bandscheibenprotrusion, Anterolisthese bzw. Spondylolyse auf den Unfall vom 29. Mai 2023 zurückführen.

Trotz all dieser Umstände lege Dr. med. F. _____ seinen Fokus auf die degenerativen Veränderungen an der LWS des Beschwerdeführers und wolle diese als Ursache der Schmerzen des Beschwerdeführers identifizieren. Wieso gerade die degenerativen Veränderungen und nicht der Unfall ursächlich für die Schmerzen des Beschwerdeführers sein sollen, erschliesse sich jedoch eben an keiner Stelle aus dem Bericht. Es sei noch nicht einmal klar, ob Dr. med. F. _____ nun die Bandscheibenprotrusion, Anterolisthese und Spondylolyse, oder die degenerativen Veränderungen an der LWS des Beschwerdeführers, oder ersteres als Ursache der zweiten, oder beides unabhängig voneinander, als Ursache der Schmerzen des Beschwerdeführers ausmache.

4.3 Die Suva hält vernehmlassend fest, wenn der Beschwerdeführer nun geltend mache, dass in vereinzelt Arztberichten in Bezug auf die Beschwerden an der LWS der Begriff "posttraumatisch" verwendet werde, was [s.E.] bedeute, dass diese Beschwerden kausal zum Unfallereignis vom 29. Mai 2023 seien, gelte es zu entgegnen, dass sich mit der blossen Verwendung des medizinischen Begriffs posttraumatisch aus rechtlicher Sicht kein Beweis für unfallbedingte Beschwerden führen lasse. Weiter liege kein Unfallereignis von besonderer Schwere vor, welches als Ursache für die Diskusprotrusion betrachtet werden könne. So habe der Beschwerdeführer direkt nach dem Unfallereignis nicht einmal über lumbale Beschwerden geklagt.

4.4 Mit Replik bringt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, dass er entgegen der Suva bereits unmittelbar nach dem Unfallereignis unter Schmerzen am Rücken bzw. der LWS gelitten habe. Diese seien aufgrund der vorab stärker wahrgenommenen Folgen des erlittenen Schleudertraumas lediglich nicht im

Vordergrund gestanden. Er habe darauf vertraut, dass es sich "nur" um eine Prolung gehandelt habe, wie es der erstkonsultierte Arzt in D._____ in seinem Bericht festgehalten habe. Die krankhaften Vorzustände an der LWS/dem ISG seien angesichts ihrer durchwegs leichten und kaum aktivierten Ausprägung nicht geeignet, wesentlich ursächlich für die Diskushernie/-protrusion zu sein, an welcher er leide. Die Vorzustände könnten auch nicht Ursache der sich plötzlich intensivierten Schmerzen sein. Demgegenüber sei das Unfallereignis vom 29. Mai 2023 ohne Weiteres schwer genug gewesen, um als Ursache für die Diskusprotrusion in Frage zu kommen.

4.5 Die Suva stützt sich im angefochtenen Einspracheentscheid hauptsächlich auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. F._____ ab. Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen 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. 2.8.2).

5. Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, besteht entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers vorliegend keine Veranlassung, an der versicherungsinternen Aktenbeurteilung zu zweifeln. Vielmehr kommt dieser voller Beweiswert zu, weshalb die Suva darauf abstellen durfte.

5.1

5.1.1 Es entspricht gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung einer medizinischen Erfahrungstatsache im Unfallversicherungsrecht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (anstelle vieler Urteil BGer 8C_37/2025 vom 24.6.2025 E. 4.3 mit Verweisen). Dasselbe gilt für Diskusprotrusionen, die nach medizinischer Lehrmeinung in der Regel Folge eines degenerativen Prozesses sind. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie oder -protrusion betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) oder der Diskusprotrusion unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. So muss eine entsprechende richtunggebende Verschlimmerung insbesondere auch röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 2.3 mit Verweisen). Bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten

dieselben Kriterien, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteil BGer 8C_151/2012 vom 12.7.2012 E. 4 mit Verweisen).

Ein Unfall ist somit nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Im medizinischen Versuch konnte die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden (Urteil EVG U 3/06 vom 6.9.2006 E. 1.2 mit Hinweisen).

5.1.2 Ist hingegen die Diskushernie oder -protrusion bei (stummem) degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, liegt eine vorübergehende Verschlimmerung vor. Diesfalls hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann in solchen Fällen das Erreichen des Status quo sine bei post-traumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden. Im Allgemeinen ist bei einer Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule die vorübergehende Verschlimmerung nach sechs bis neun Monaten und bei Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 2.3 mit Verweisen).

5.2 Die Beurteilung von Dr. med. F._____ vom 1. Mai 2024 basiert auf sämtlichen greifbaren medizinischen Akten. In einem ersten Teil legt er den relevanten Sachverhalt nach Aktenlage ausführlich dar. Seiner eigentlichen Beurteilung, dem zweiten Teil, kann zudem entnommen werden, dass er persönlich in die vorliegenden MRI-Bilder der HWS und LWS sowie in die Funktionsaufnahmen Einsicht genommen hat.

5.2.1 Erstens kommt Dr. med. F._____ gestützt auf die medizinischen Akten und unter Einsicht in die MRI-Bilder schlüssig zum Urteil, dass sich die fachradiologisch beurteilten degenerativen Veränderungen an der LWS sowie die vorbestehende anlagebedingte Segmentinstabilität mit Anterolisthese im Segment L5/S1 bestätigen lassen. Das lässt sich anhand der von ihm zitierten Akten verifizieren (vgl. oben E. 3.5 und E. 3.13). Es ist somit von degenerativ- und krankheitsbedingten, vorbestehenden Veränderungen der LWS auszugehen und dass

diesbezüglich die Gesundheit des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfallereignis vom 29. Mai 2023 in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen ist. Auch der Beschwerdeführer geht zumindest von leichtgradigen Vorzuständen an der LWS und dem ISG aus (vgl. VG-act. 15, Rz. 3).

5.2.2 Zweitens ist nachvollziehbar, dass Dr. med. F._____ zusätzliche strukturelle Läsionen infolge des Unfallereignisses mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneinte. Keinem Arztbericht lassen sich Anhaltspunkte für durch den Unfall verursachte strukturelle Läsionen entnehmen. Der Beschwerdeführer führt dagegen keine abweichenden Gründe oder Belege vor, die das Gegenteil aufzeigen würden.

5.2.3 Drittens ging Dr. med. F._____ davon aus, dass unter Berücksichtigung der vorbestehenden degenerativen Veränderungen die Unfallfolgen an der LWS im Beschwerdebild aus fachärztlicher orthopädisch-traumatologischer Sicht erfahrungsgemäss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens nach 12 Monaten keine Rolle mehr spielen, was mit dem dargelegten medizinischen Wissensstand sowie der Rechtsprechung im Einklang steht (vgl. oben E. 5.1).

5.3 Die Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen keine Zweifel an der Aktenbeurteilung von Dr. med. F._____ zu erwecken.

5.3.1 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er leide erst seit dem Unfall an Schmerzen in der LWS und dies als Indiz erachtet, dass die Unfallfolgen zu den Schmerzen führten (vgl. Beschwerde, S. 6/Rz. 12), läuft dies auf einen unzulässigen "post hoc ergo propter hoc"-Schluss (zu deutsch: danach, also deswegen) hinaus (BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2; 119 V 335 E. 2b/bb; Urteile 8C_530/2024 vom 22.5.2025 E. 4.2.3 und 8C_14/2021 vom 3.5.2021 E. 6.4; je mit Hinweisen).

5.3.2 Wenn der Beschwerdeführer auf den Umstand hinweist, wonach in den medizinischen Akten von "posttraumatisch" und "Status nach Auffahrunfall" die Rede ist, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind unter "posttraumatisch verursachten" Leiden nicht zwingend unfallkausale, sondern eben erst nach dem Unfall entstandene Beschwerden zu verstehen sind. Der Begriff "posttraumatisch" wird im medizinischen Sprachgebrauch zwar häufig gleichbedeutend mit "unfallkausal" verwendet. Nach üblichem, allgemein geläufigem Sprachverständnis wird der Ausdruck "post" oft aber doch auch mit der zeitlichen Abfolge - unter Ausschluss des Verhältnisses von Ursache und Wirkung - in Verbindung gebracht. Vor diesem Hin-

tergrund ist in jedem Einzelfall zu prüfen, welche Bedeutung den Begriffen "post" beziehungsweise "posttraumatisch" beizumessen ist (Urteile BGer 8C_645/2022 vom 16.2.2023 E. 4.1; 8C_555/2018 vom 17.10.2018 E. 4.1.1 mit Verweisen).

Tatsächlich wird in den vom Beschwerdeführer angeführten Berichten von Dr. med. P._____ von "Posttraumatisch" bzw. "St. n. Auffahrunfall" gesprochen (vgl. Vi-act. 41, 46, 71). In sämtlichen der oben genannten Berichte fehlt es jedoch an näheren Ausführungen zur Verursachung der Schmerzen des Beschwerdeführers; "St.n. Auffahrunfall" wird einzig in den Diagnosen verwendet. Dabei fällt auf, dass die Bandscheibenprotrusion L4/5 mit dem Zusatz "St.n. Auffahrunfall am 29.06.2023" versehen wird, wogegen die HWS-Distorsion auf den Unfalltag 29.5.2023 datiert wird (vgl. Diagnoseliste Vi-act. 34), oder dass Dr. med. P._____ zwei Diagnosen aufführt, nämlich ein posttraumatisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom einerseits und andererseits einen St.n. Auffahrunfall am 29.06.2023 in D._____ mit HWS-Distorsion (vgl. Vi-act. 40). Kein Bericht führt aus, der Unfall vom 29. Juni 2023 habe die LWS-Beschwerden verursacht. Auch dies spricht gegen eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität.

5.3.3 Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers lassen sich LWS-Beschwerden auch nicht den Arztberichten vom Unfalltag entnehmen (vgl. oben 3.2 f.). Der Beschwerdeführer klagte einzig über Nackenschmerzen resp. Schmerzen im Halsbereich und im Bereich der Vorderseite des Brustkorbes; diagnostiziert wurde eine HWS-Distorsion, eine Thoraxprellung sowie eine Prellung des Sprunggelenks rechts mit Hautabschürfung (Vi-act. 110).

Auch der Austrittsbericht des Spitals E._____ spricht gegen lumbale Schmerzen unmittelbar nach dem Unfall. So führte der Beschwerdeführer am 6. Juni 2023 aus, er sei am 6. Juni 2023 mit seinem Sohn grillieren gewesen, habe sich mehrmals gebückt und danach beim Hinsetzen Schmerzen lumbal links bekommen. Dass solche bereits zuvor, namentlich seit dem Autounfall bestanden hätten, ergibt sich weder aus dieser Aussage noch aus dem Bericht insgesamt. Demgegenüber führte er ausdrücklich aus, seit dem Unfall gelegentlich ein Kribbeln im linken Arm zu verspüren (vgl. oben E. 3.5).

5.3.4 Anderweitige, abweichenden Stellungnahmen, welche geeignet wären, die Schlussfolgerung des Versicherungsmediziners in Zweifel zu ziehen, liegen nicht vor.

5.3.5 Dass der versicherungsinterne Arzt den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte, sondern lediglich eine Aktenbeurteilung vornahm, ist dem Beweiswert seiner Beurteilung ebenfalls nicht abträglich (vgl. oben E. 2.8.6).

5.4 Wenn die Suva gestützt auf diese versicherungsinterne, medizinische Beurteilung ihre Leistungspflicht über den 29. Mai 2024 (d.h. ein Jahr nach dem Unfall) hinaus verneinte, ist dies mit Blick auf die dargelegte Rechtsprechung nicht zu beanstanden.

5.4.1 Zum Unfallereignis vom 29. Mai 2023 liegen nur wenige Informationen vor und diese basieren einzig auf den Angaben des Beschwerdeführers. Auch in den medizinischen Akten wird hinsichtlich des Unfallgeschehens soweit ersichtlich lediglich auf dessen Angaben abgestützt bzw. diese wiedergegeben. Es liegt weder ein Polizeirapport aus D. _____ vor (obwohl die dortige Polizei angeblich informiert gewesen ist, vgl. Vi-act. 8, 23; einen Bericht hat der Beschwerdeführer nicht nachgereicht) noch gibt es ein unfallanalytisches Gutachten. Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 29. Mai 2023 notfallmässig in ein Spital in D. _____ gebracht wurde, nachdem er als Fahrer eines PKW in einen Verkehrsunfall auf der Autobahn verwickelt gewesen war (vgl. Vi-act. 24, 110). Genauere Umstände sind nicht ausgewiesen und die Angaben sind zum Teil auch widersprüchlich. So wird festhalten, er sei nicht angeschnallt (vgl. Vi-act. 110), bzw. angeschnallt gewesen (vgl. Vi-act. 8, 11, 23). Auch der Hausarzt des Beschwerdeführers gibt lediglich die freie Schilderung des Unfallhergangs durch den Patienten wieder (Vi-act. 11). Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. VG-act. 15, Rz. 4) lässt sich aus dem Verweis des Hausarztes auf die D. _____ (Spital-)Berichte nichts ableiten, sind in diesen doch keine detaillierteren Informationen zum genauen Unfallhergang festgehalten. Die vorgebrachte Fahrtgeschwindigkeit des nachfahrenden Autos von ca. 80 km/h und eine "ungebremste" Heckkollision sind jedenfalls, neben den eigenen Angaben des Beschwerdeführers, nirgends ausgewiesen. Wie der Beschwerdeführer als Fahrer des vorangehenden Fahrzeuges wissen will, wie schnell das nachfahrende Fahrzeug im Zeitpunkt der Kollision gefahren ist und ob es gebremst hat oder nicht, erschliesst sich ohne weitere Angaben nicht (seine Aussage, 3.5 Std. auf dem Spitalnotfall in D. _____ verbracht zu haben, erscheint auch zweifelhaft, nachdem der Notarzt am 29.5.2023 um 15.32 Uhr zum Unfallort gerufen wurde, der Beschwerdeführer um 16.33 im Spital aufgenommen wurde und der Befundbericht um 17.04 Uhr erstellt wurde; vgl. Vi-act. 23, 24 und 110). Kommt hinzu, dass gemäss den ersten Berichten der Beschwerdeführer bei Bewusstsein war und den Vorfall vollständig schildern konnte; Bewusstseinsverlust und Erbrechen wurden negiert; es bestanden keinerlei Anzeichen eines neurologischen Defizits und es wurde ein GCS von 15 notiert (vgl. oben E. 3.2 f.). Zudem war das klinische C8-Syndrom gemäss Hausarzt rasch wieder normal (vgl. oben E. 3.21). All dies spricht gegen einen schweren Unfall.

5.4.2 Zum andern müssten neben der Unfallschwere, welche wie dargelegt nicht belegt ist, als weitere Voraussetzung die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) oder der Diskusprotrusion unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (vgl. oben E. 5.1.1). In den Akten findet sich keine Stütze dafür, dass es nach dem Unfallereignis unverzüglich zu einer dramatischen Symptomatik mit einem vertebrenalen oder radikulären Syndrom gekommen wäre. Der Beschwerdeführer klagte unmittelbar nach dem Unfall nicht über lumbale Beschwerden. Der medizinische Erstbericht vom Unfalltag hält fest, dass der Beschwerdeführer über Schmerzen im Halsbereich und im Bereich der Vorderseite des Brustkorbes geklagt hatte (Vi-act. 110). Gegen den unmittelbaren Eintritt eines vertebrenalen oder eines radikulären Syndroms spricht sodann auch die Tatsache, dass er in der Lage war, am nächsten Tag zurück in die Schweiz zu fliegen. Aus den Akten ergibt sich nicht und wird auch nicht geltend gemacht, dass zeitnah zum Unfallereignis bildgebend Läsionen der LWS festgestellt werden konnten. Beschwerden an der LWS wurden erst im Rahmen der Hospitalisation im Spital E. _____ vom 6. bis 10. Juni 2023 vermerkt, nachdem sich der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben am 6. Juni 2023 beim Grillieren mehrmals gebückt und danach Schmerzen lumbal links bekommen hatte (vgl. Vi-act. 34). Das wird durch den Umstand untermauert, dass bei der ersten Bildgebung vom 1. Juni 2023 lediglich ein MR HWS durchgeführt wurde (vgl. Vi-act. 31) und ein MR LWS erst am 9. Juni 2023, während der Hospitalisation, erfolgte, nachdem erstmals über LWS-Beschwerden geklagt wurde (vgl. Vi-act. 43). Hätte der Unfall einen LWS-Bandscheibenvorfall verursacht, so wäre dies mit derart starken Schmerzen verbunden gewesen, dass diese dem medizinischen Personal zweifellos ebenfalls eröffnet worden wäre (vgl. oben E. 5.1.1). Daran vermag auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er unmittelbar nach dem Unfallereignis über Rückenschmerzen geklagt habe (vgl. VG-act. 15, Rz. 1 f.), nichts zu ändern. Wenn daher Dr. med. L. _____ am 22. Juni 2023 im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma unter 'Schmerz / Funktionseinschränkung an anderer Lokalisation' LWS vermerkt (vgl. Vi-act. 86, 103), so findet dies in der echtzeitlichen Dokumentation keine Stütze, auch wenn Dr. med. L. _____ auf die Berichte aus D. _____ verweist (vgl. oben E. 3.19). Zudem sind die Angaben bezüglich LWS sehr unspezifisch, was auch für den beschwerdeführerischen Hinweis auf die Schadenmeldung UVG vom 1. Juni 2023 (Vi-act. 1) und das Formular zum Schadenfall vom 10. Juni 2023 (Vi-act. 8) gilt.

5.5 Auch eine unfallbedingte richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes ist nicht als überwiegend wahrscheinlich anzunehmen, gelten doch dafür

dieselben Kriterien wie für eine unfallbedingte Diskushernie. Diese sind wie dargelegt nicht erfüllt. Daher kann vorliegend - wie die Suva im Einspracheentscheid zutreffend darlegte - höchstens davon ausgegangen werden, dass die Diskushernie bzw. -protrusion bei degenerativem Vorzustand durch das Ereignis aktiviert worden ist. Rechtsprechungsgemäss kann das Erreichen des Status quo sine nach drei bis vier Monaten erwartet werden. Da die Suva gestützt auf die versicherungsinterne Beurteilung ihre Leistungen nach 12 Monaten eingestellt hat, ist sie damit ihrer Leistungspflicht nachgekommen.

Selbst bei Annahme einer traumatischen Verschlimmerung eines klinisch stummen Vorzustandes an der LWS, welche sich von der altersüblichen Progression abhebt, wäre die vorübergehende Verschlimmerung gemäss dem in der Rechtsprechung dargelegten medizinischen Wissensstand in der Regel nach sechs bis neun Monaten, und nur bei Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr, abgeklungen. Der Beschwerdeführer legt nicht dar, weshalb von diesem zeitlichen Rahmen abzuweichen wäre. Eine längere Zeitspanne bis zum Erreichen des Status quo sine ist nicht gerechtfertigt, da die medizinischen Akten keine Hinweise enthalten, wonach die LWS bereits vor dem Unfall vom 29. Mai 2023 massiv im Sinne der Rechtsprechung vorgeschädigt gewesen wäre.

5.6 Von weiteren Beweisvorkehren können keine neuen entscheidungswesentlichen Aufschlüsse erwartet werden, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf solche verzichtet wird (BGE 144 V 361 E. 6.5).

6. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde insgesamt als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Es sind keine medizinischen Berichte aktenkundig, welche auch nur geringe Zweifel an den Beurteilungen von Dr. med. F._____ erwecken würden. Auch der Beschwerdeführer vermag mit seinen Ausführungen die versicherungsinterne Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen. Die Suva hat vielmehr zu Recht gestützt auf die versicherungsinterne Beurteilung den Fall unter Einstellung von Heilkosten und Taggeldleistungen per 29. Mai 2024 abgeschlossen.

7. Der Beschwerdeführer beantragt unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsverbeiständung.

7.1 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

7.2 Ein Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverbeiständung verlangt nach ständiger Praxis grundsätzlich das kumulative Vorliegen von drei Voraussetzungen, nämlich der finanziellen Bedürftigkeit des Rechtssuchenden, der Nichtaussichtslo-

sigkeit seines Parteistandpunktes und der sachlichen Notwendigkeit der Rechtsverbeiständung (vgl. Urteil BGer 1P.345/2004 vom 1.10.2004 E. 4.2 in fine, mit Verweis auf BGE 128 I 232 ff.; siehe auch ZB III 2010 103 vom 21.6.2010 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen, u.a. auf VGE III 2009 54 vom 27.10.2009 E. 4.2.1).

7.2.1 Die Bedürftigkeit ist ausgewiesen (vgl. Unterlagen URP-Gesuch).

7.2.2 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Begehren als aussichtslos anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können (BGE 142 III 138 E. 5.1). Dies ist vorliegend nicht der Fall, auch wenn zu konstatieren ist, dass abgesehen von den diversen Arbeitsunfähigkeitsattesten keine medizinischen Berichte aktenkundig sind, welche die Darstellung des Beschwerdeführers bestätigen würden (vgl. VGE I 2023 37 vom 12.12.2023 E. 7.2.2). Zudem steht fest, dass der Beschwerdeführer (als juristischer Laie) im vorliegenden sozialversicherungsrechtlichen Verfahren mit unterschiedlichen - juristischen und medizinischen - Fragestellungen auf eine Rechtsverbeiständung angewiesen war.

7.2.3 Bei dieser Sachlage ist dem Beschwerdeführer in der Person von Rechtsanwalt MLaw B._____, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen. Eine Kostennote für das verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren liegt nicht vor; praxisgemäss ergeht durch das Gericht keine Aufforderung, eine solche einzureichen. Dem Rechtsbeistand ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien, in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens zulasten des Verwaltungsgerichts ein Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von Fr. 1'500.-- zu entrichten. Der Beschwerdeführer wird die Kosten der Rechtsverbeiständung von Fr. 1'500.-- dem Gericht zurückzuerstatten haben, wenn er dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (vgl. § 75 Abs. 3 VRP).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Rechtsverbeiständung gewährt und Rechtsanwalt MLaw B. _____ als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein Honorar von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu entrichten.
4. Der Beschwerdeführer hat die Fr. 1'500.-- (unentgeltliche Rechtsverbeiständung) dem Gericht zurückzuerstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
5. Gegen diesen Entscheid kann unter den Voraussetzungen von Art. 42 ff., Art. 82 ff. sowie Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) vom 17. Juni 2005 innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden.
6. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 2. April 2026

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

***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: 22. April 2026