

200 20 707 UV
JAP/BRO/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. März 2021

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 22. Juli 2020 (ES 03538/2019)



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Unfallmeldung (Akten der Suva [act. II und act. IIA], act. II 1) am 13. Dezember 1995 samt Baugerüst ca. 10 m in die Tiefe stürzte. Dabei erlitt er eine Commotio cerebri, eine Berstungsfraktur des 1. und 4. Lendenwirbelkörpers (LWK) sowie eine Symphysenruptur (act. II 2 S. 1). Der Versicherte wurde in der Folge operativ versorgt (act. II 2 S.1, 11 S. 1 [vgl. auch act. II 26]). Nachdem die Suva im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Taggeld und Heilbehandlung erbracht hatte, stellte sie das Taggeld mit Schreiben vom 2. Oktober 1998 (act. II 44) per 30. November 1998 ein. Für die notwendigen ärztlichen Kontrollen kam sie weiterhin auf (act. II 44 S. 1). Mit Verfügung vom 18. Dezember 1998 (act. II 51) sprach sie dem Versicherten eine Integritätsentschädigung entsprechend einem Integritätsschaden von 60 % sowie ab 1. Dezember 1998 eine auf einem Invaliditätsgrad von 60 % basierende Invalidenrente zu. Diese Verfügung wurde auf Einsprache hin (act. II 52) mit Entscheid vom 10. Juni 1999 (act. II 60) bestätigt.

Im Dezember 2012 begab sich der Versicherte erneut in ärztliche Behandlung (act. II 129) und es folgten diverse operative Eingriffe (act. II 144, 151, 155, 165, 173). Nach einer erfolgten Rückfallmeldung (act. II 134, 137) erbrachte die Suva abermals vorübergehende Leistungen (act. II 140).

B.

Nachdem sich der Versicherte Anfang Februar 2019 einem weiteren operativen Eingriff unterzogen hatte (act. IIA 330 S. 2 f.) und daher erneut eine Rückfallmeldung (act. IIA 316, 331) erfolgt war, teilte die Suva nach Rücksprache mit dem Kreisarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädi-

sche Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. IIA 348), mit Schreiben vom 23. Mai 2019 (act. IIA 356 S. 1 f.) mit, dass sie wiederum für die gesetzlichen Versicherungsleistungen aufkomme. Im Juni 2019 erfolgten zwei weitere operative Eingriffe (act. IIA 361, 372, 375). Daraufhin holte die Suva bei med. pract. D._____, Facharzt für Chirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva (act. IIA 370), und Dr. med. C._____ (act. IIA 381) medizinische Beurteilungen ein. Gestützt darauf verfügte sie am 23. September 2019, mangels eines überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 13. Dezember 1995 und den Operationen vom 11. und 19. Juni 2019 (vgl. act. IIA 361, 372, 375) bestehe für diese kein Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen; die nach der Rückfallmeldung Anfang 2019 (act. IIA 316, 331) gewährten vorübergehenden Leistungen würden per 30. September 2019 terminiert (act. IIA 398). Eine hiergegen erhobene Einsprache (act. IIA 417) wies die Suva nach erneuter Einholung einer ärztlichen Beurteilung beim Kreisarzt Dr. med. C._____ (act. IIA 420) mit Entscheid vom 22. Juli 2020 (act. IIA 463) ab.

C.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 14. September 2020 Beschwerde und stellte die folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 22. Juli 2020 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen,
 - a. die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG für die Operationen vom 11. und 19. Juni 2019 zu erbringen.
 - b. rückbezüglich ab dem 1. Oktober 2019 ihre gesetzliche Leistungserbringungspflicht gemäss UVG wieder aufzunehmen.– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2020 reichte die Beschwerdegegnerin einen weiteren Arztbericht von med. pract. D._____ zu den Akten und führte aus, dass sie hinsichtlich der Operation vom 19. Juni 2019 ihre Leistungspflicht für die Zehenamputation (Dig. II) links (vgl. act. IIA

375) anerkenne (Beschwerdeantwort S. 9 Ziff. III/9). Im Übrigen schloss sie auf Abweisung der Beschwerde (vgl. auch E. 3.1 hiernach).

Mit Replik vom 17. November 2020 bzw. Duplik vom 11. Dezember 2020 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 22. Juli 2020 (act. IIA 463). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf gesetzliche Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 13. Dezember 1995 (Schaden-Nr. ...; act. II 1) und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zulässigerweise die nach der Rückfallmeldung Anfang 2019 (act. IIA 316, 331) gewährten vorübergehenden Leistungen per 30. September 2019 terminierte sowie eine Leistungspflicht für die ope-

rativen Eingriffe vom 11. und 19. Juni 2019 (vgl. act. IIA 361, 372, 375) verneinte. Entgegen der etwas missverständlichen Formulierung in der mit dem angefochtenen Einspracheentscheid (act. IIA 463) bestätigten Verfügung vom 23. September 2019 (act. IIA 398 S. 2 f.), wonach ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen nach dem Fallabschluss verneint werde, blieb die seit 1. Dezember 1998 laufende Komplementärrente (act. II 51, 59, 111, 127, 225; act. IIA 308 f., 315, 442) davon offensichtlich unberührt. Ausserhalb des Anfechtungs- und Streitgegenstandes stehen im Übrigen allfällige Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 5. Dezember 2018 (Schaden-Nr....; Sturz beim Hantieren mit Melkmaschine [vgl. act. IIA 466]). Diesbezüglich ist ein paralleles Beschwerdeverfahren (UV/2021/105) vor dem Verwaltungsgericht rechts-hängig.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie vorliegend – vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Diese intertemporalrechtliche Ausgangslage wirkt sich hier indes nicht entscheidwesentlich aus.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem 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 be-

finden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.3 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 UVV des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anfor-

derungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C_61/2016, E. 3.2).

2.4 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 24 S. 96 E. 5.2).

2.5 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

Dass das Ereignis vom 13. Dezember 1995 (act. II 1) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten. Im Rahmen des Grundfalls erbringt die Beschwerdegegnerin denn auch nach wie vor die gesetzlichen Leistungen (vgl. E. 1.2 hiervor).

3.1 Wenngleich die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort bzw. der Duplik auf Abweisung der Beschwerde schloss, geht aus der Begründung der Beschwerdeantwort (S. 9 Ziff. III/9) eindeutig hervor, dass sie hinsichtlich der anlässlich der Operation vom 19. Juni 2019 durchgeführten Zehenamputation (Dig. II) links (act. IIA 375) ihre Leistungspflicht anerkannte. Sie stütze sich dabei auf die diesbezüglich überzeugende Beurteilung von med. pract. D. _____ (Bericht vom 15. Oktober 2020 S. 13 f.; in den Gerichtsakten). Der Beschwerdeführer seinerseits stellte die versicherungsmedizinische Beurteilung, wonach spätestens am 23. September 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine vollständige Abheilung nach der Zehenamputation erreicht war (Bericht vom 15. Oktober 2020 S. 14; in den Gerichtsakten), nicht in Abrede. Insoweit liegt ein übereinstimmender Antrag vor. Diesem ist in Anbetracht der Sach- und Rechtslage zu entsprechen. Demnach hat der Beschwerdeführer Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen (Heilbehandlung [Art. 10 UVG] und Taggeld [Art. 16 f. UVG]) im Zusammenhang mit der Zehenamputation vom 19. Juni 2019 (act. IIA 375).

3.2 Sodann besteht dahingehend Einigkeit zwischen den Parteien, dass die ebenfalls am 19. Juni 2019 erfolgte Wundrevision thorakal mit Débridement (act. IIA 372) wegen des Eingriffs an der Brustwirbelsäule (BWS) vom 11. Juni 2019 (act. IIA 361) erforderlich wurde, welche wiederum als Folge der Operation vom 7. Februar 2019 (act. IIA 330 S. 2 f.) durchgeführt wurde (Beschwerde S. 8 Ziff. III Art. 6; Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. III/7.1; Duplik S. 2). Insoweit stimmen die Beurteilungen von Dr. med. E. _____, Facharzt für Anästhesiologie sowie Intensivmedizin, vom 12. September 2020 (act. IIA 473) und med. pract. D. _____ vom 15. Oktober 2020 (in den Gerichtsakten) überein und den Akten sind diesbezüglich keine Widersprüchlichkeiten zu entnehmen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

Entscheidend – und nachfolgend zu prüfen – bleibt damit die Frage der Spätfolge- bzw. Rückfallkausalität zwischen dem Unfall vom 13. Dezember 1995 (act. II 1) und der Operation vom 7. Februar 2019 (act. IIA 330 S. 2 f.; vgl. E. 2.3 hiervor).

3.3 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.3.1 Nach dem Unfall vom 13. Dezember 1995 nannten die behandelnden Ärzte der Intensivstation des Spitals F. _____ folgende Diagnosen (act. II 2 S. 1):

Sturz aus 9 m Höhe mit:

1. Commotio cerebri (GCS > 13)
2. Berstungsfrakturen LWK4 mit
 - Ruptur Wurzel wahrscheinlich L5 links
 - inkompletter Paraparese ca. L4 sensorisch und motorisch
 - retroperitoneales Hämatom
3. Berstungsfrakturen LWK1
4. Symphysenruptur

Die Berstungsfrakturen im Segment L4 wurde operativ behandelt, indem nach Entfernung der Knochentrümmer eine Versteifung (Spondylodese) der Lendenwirbelsäule (LWS) auf der Höhe von L3 bis L5 vorgenommen und das Segment L4 durch einen Cage ersetzt wurde (act. II 2 S. 1). Die Fraktur des Segments L1 wurde konservativ behandelt.

3.3.2 Nach erfolgter Operation wurde der Beschwerdeführer zur Rehabilitation ins Zentrum G. _____ verlegt (Hospitalisation bis 17. Juni 1996; act. II 11). Im Austrittsbericht vom 26. Juni 1996 (act. II 11) wurde unter anderem ausgeführt, der Patient leide an einer inkompletten Paraplegie sub L4 (act. II 11 S. 1).

3.3.3 Im Operationsbericht vom 20. Mai 1997 (act. II 26) führte Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, in den bildgebenden Abklärungen habe sich ein Bruch des Cages sowie eine Instabilität der Segmente L3/L5 gezeigt. Daraufhin sei der Beschwerdeführer erneut operativ versorgt worden (Ersetzen des gebrochenen Cages durch einen Harnes-Cage, Re-Spondylodese L3/L5, Implantation eines dem Becken entnommenen Knochenspans [act. II 26 S. 1]).

3.3.4 Ende 2012 zeigten radiologische Abklärungen massivste Spinalkanalstenosen sowie Dys-/Instabilitäten der Segmente L1/2, L2/3 und L5/S1 (act. II 129 S. 2), weshalb sich der Beschwerdeführer am 31. Januar 2013 einer weiteren Operation unterzog. Dabei wurde unter anderem ein TLIF-Cage (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) eingesetzt und eine Versteifung der LWS und des Kreuzbeins (L1-S1) vorgenommen (act. II 144).

Ausserdem wurde am 12. April 2013 eine instabile Sakrumfraktur S1/2 mit sekundärer Superinfektion operativ behandelt und dabei unter anderem die Spondylodese verlängert (act. II 151). Weitere operative Eingriffe erfolgten zudem am 5. sowie 9. Mai 2013 (act. II 155, 165).

3.3.5 Im Sprechstundenbericht des Zentrums I. _____ vom 6. Juni 2018 (act. IIA 312) führten Dr. med. H. _____ und med. pract. J. _____ (im Medizinalberuferegister [www.medregom.admin.ch]) ist kein Facharztstitel ausgewiesen) unter anderem aus, die radiologischen Befunde zeigten im Vergleich zu den Vorbildern eine unveränderte Lage des eingebrachten Osteosynthesematerials ohne Hinweise auf Lockerungen oder Materialversagen. Es gebe zudem keine Hinweise auf eine Anschlusssegmentdegeneration (ASD). Fünf Jahre postoperativ zeige sich weiterhin ein stabiler Verlauf. Es bestünden klinisch unveränderte neurologische Defizite sowie erträgliche Schmerzen im Bereich der LWS (act. IIA 312 S. 2).

3.3.6 Anfang 2019 begab sich der Beschwerdeführer erneut in ärztliche Behandlung (act. IIA 330 S. 2 f.). In der Folge wurden insbesondere bildgebende Untersuchungen durchgeführt (act. IIA 339, 344). Im Bericht vom 7. Februar 2019 (act. IIA 344) hielt Dr. med. K. _____, Facharzt für Radiologie, fest, aus dem MR der BWS und LWS vom 6. Februar 2019 zeigten sich – soweit beurteilbar – unveränderte Verhältnisse auf Höhe der lumbopelvinen Stabilisierung ab L1. Ursache der aktuellen Beschwerden sei möglicherweise die aktivierte, schwere, erosive Osteochondrose (Bandscheibendegeneration) Th9/Th10 mit schwerer Spinalkanalstenose, zusätzlich verstärkt durch ein kleines intraspinale Ganglion ausgehend vom linken Fazettengelenk. Im Übrigen gehe aus der Bildgebung hervor, dass es bei den Segmenten Th12/L1 keine höhergradige Segmentdegeneration gebe (act. IIA 344 S. 1).

3.3.7 Im Operationsbericht vom 11. Februar 2019 (act. IIA 330 S. 2 f.) führte Dr. med. H. _____ aus, der Patient habe berichtet, dass er seit mindestens drei Wochen progrediente Gangschwierigkeiten habe und zunehmende Schwäche in den Beinen verspüre. Er sei deswegen in den letzten ca. zwei Wochen mehrfach gestürzt und habe sich deshalb eine Fibulaköpfchenfraktur zugezogen. Dr. med. H. _____ führte weiter aus, dass

jedoch nicht diese, sondern die progrediente Paraparese, deren Ursache mit dem MRI der BWS gefunden worden sei, das Hauptproblem sei. Es liege eine ausgeprägte Spinalkanalstenosierung Th9/10 vor (act. IIA 330 S. 3). Daher erfolgte am 7. Februar 2019 eine Re-/Stabilisation sowie Re/Spondylodese Th4 bis L3, resp. L2 (act. IIA 330 S. 2).

Im Sprechstundenbericht vom 28. März 2019 (act. IIA 334) beschrieb der Operateur einen erfreulichen postoperativen Verlauf. Weiter führte er aus, die zur Operation vom 7. Februar 2019 (vgl. act. IIA 330 S. 2 f.) geführte Pathologie sei seines Erachtens Folge des Traumas aus dem Jahr 1995 (act. IIA 334 S. 2).

3.3.8 Dr. med. C._____ beantwortete die Frage der Suva, ob die ab 2019 geltend gemachten Beschwerden an der Wirbelsäule mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 13. Dezember 1995 zurückzuführen seien, am 25. April 2019 mit "ja", ohne dies weiter zu begründen (act. IIA 348 S. 1).

3.3.9 Im Operationsbericht des Zentrums I._____ vom 12. Juni 2019 (act. IIA 361 S. 1) über den Eingriff vom 11. Juni 2019 (Dekompression Th3/4 durch Laminektomie BWK3, Mikrodiskektomie und Sequestrektomie Th3/4 von rechts, Verlängerung der Stabilisation bis Th2 mit Re-Spondylogese Th2-Th8 sowie partielle Metallentfernung Th4-Th8) erklärte Dr. med. H._____ einleitend, der Beschwerdeführer sei am 10. Juni 2019 mit der Ambulanz ins Spital eingeliefert worden, da er sich nicht mehr auf den Beinen halten könne. Als Diagnose vermerkte der Operateur eine Nachbarsegmentproblematik Th3/4 mit grosser medio-lateraler rechtsseitiger, nach kranial luxierter Diskushernie Th3/4 mit Zunahme der bekannten inkompletten Paraplegie (act. IIA 361 S. 1).

Im Operationsbericht des Zentrums I._____ vom 25. Juni 2019 (act. IIA 372) führte Dr. med. H._____ zudem aus, am 19. Juni 2019 habe er aufgrund einer Wundheilstörung nach der Operation vom 11. Juni 2019 (vgl. act. IIA 361) eine Wundrevision thorakal mit Débridement durchgeführt (act. IIA 372 S. 1).

3.3.10 Im Bericht vom 27. Juni 2019 (act. IIA 370) hielt med. pract. D._____ fest, es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Ver-

änderungen der thorakalen Wirbelsäule Folgen des Unfalls aus dem Jahr 1995 mit Berstungsfraktur des LWK4 seien. Demzufolge sei auch die Operation, die Dr. med. H. _____ am 12. Juni 2019 (recte: 11. Juni 2019; vgl. act. IIA 361) wegen einer Nachbarsegmentproblematik Th3/4 mit nach kranial luxierter Diskushernie im Segment Th3/4 durchgeführt habe, nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unfallkausal (act. IIA 370 S. 1).

3.3.11 Im Bericht vom 30. Juli 2019 (act. IIA 381) führte der Kreisarzt Dr. med. C. _____ aus, von weiteren Behandlungen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden. Die aktuellen Massnahmen seien nicht unfallkausal. Die Unfallfolgen hätten sich seit dem 7. Juni 2016 nicht wesentlich verändert. Dem Beschwerdeführer sei bereits eine Integritätsentschädigung von 60 % entrichtet worden. Eine weitere Integritätsentschädigung im vorliegenden Fall sei nicht geschuldet (act. IIA 381 S. 1).

3.3.12 Im Bericht vom 1. Oktober 2019 (act. IIA 414) hielt med. pract. D. _____ sodann unter anderem fest, der Verlust der Gehfähigkeit und das neu eingetretene Lähmungsniveau auf Höhe des Segments Th4 sei nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 13. Dezember 1995 (act. IIA 414 S. 1). Die im Anschluss an die zwei Operationen vom 11. und 19. Juni 2019 (vgl. act. IIA 361, 372) durchgeführte stationäre Rehabilitationsbehandlung im Zentrum G. _____ (vgl. act. IIA 400) sei vollständig zufolge der neu eingetretenen Paraplegie sub Th4 erfolgt (act. IIA 414 S. 2).

3.3.13 In der ärztlichen Beurteilung vom 21. Oktober 2019 (act. IIA 420) führte der Kreisarzt Dr. med. C. _____ sodann aus, vorliegend könne – entgegen der Ansicht in der Einsprache (vgl. act. IIA 417) – nicht von einer Nachbarsegmentproblematik ausgegangen werden. Das Nachbarsegment zu der unfallkausalen Spondylodese sei der LWK1/2 gewesen. Höhergelegene Segmente könnten nicht als Nachbar- und Anschlusssegmente bezeichnet werden. Daher sei die Kausalität der thorakalen Operation abzulehnen (act. IIA 420 S. 1).

3.3.14 Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 12. September 2020 zuhanden der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers (act. IIA 473) mit Verweis auf die Literatur fest, das Auftreten einer ASD nach wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen werde wahrscheinlich durch die zusätzliche biomechanische Beanspruchung der an eine Fusion angrenzenden Bewegungssegmente ausgelöst und stelle in der Wirbelsäulenchirurgie eines der grössten und bisher ungelösten Probleme dar. Die ASD umfasse Bandscheibenpathologien, neue oder verstärkte Stenosen, erhöhte Mobilität und andere Pathologien. In der Literatur würde die Häufigkeit mit zwischen 5 % und 92 % angegeben. In etwa der Hälfte der Fälle werde aufgrund der mit den degenerativen Veränderungen verbundenen Beschwerden weitere Eingriffe erforderlich. Beim Beschwerdeführer seien in der Folge der Unfallverletzung vom 13. Dezember 1995 zahlreiche Wirbelsäulenoperationen durchgeführt worden (act. IIA 473 S. 3 Ziff. 5).

In Bezug auf den Bericht von Dr. med. C. _____ vom 21. Oktober 2019, wonach vorliegend keine Anschlusssegmentproblematik vorliege (vgl. act. IIA 420), führte er sodann aus, der Begriff Spondylodese beschreibe die Versteifung von zwei oder mehr Wirbelkörpern. Als Anschlusssegment einer Spondylodese würden nicht die Segmente ober- bzw. unterhalb einer Verletzung bezeichnet, sondern die jeweils ober- bzw. unterhalb einer Spondylodese liegenden. Werde eine Spondylodese operativ verlängert, entstünden neue Nachbarsegmente. Die Kausalkette zwischen einer unfallbedingten Spondylodese und folgenden Operationen zur Behandlung von ASD bleibe somit erhalten. Nach der letzten von der Beschwerdegegnerin als Folge der Unfallverletzung anerkannten Wirbelsäulenoperationen vom 7. Februar 2019 (vgl. act. IIA 330 S. 2 f.) habe eine kontinuierliche Spondylodese vom Segment Th4 bis zum Becken bestanden. Das kraniale Anschlusssegment ab dem 7. Februar 2019 sei folglich das Segment Th3/4. Die am 11. Juni 2019 erfolgte Operation (vgl. act. IIA 361) sei unter der Diagnose einer Nachbarsegmentproblematik Th3/4 mit einer grossen mediolateralen Diskushernie durchgeführt worden, was der typischen Pathologie einer ASD entspreche. Somit bestehe ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 13. Dezember 1995 und dieser Operation. Der zweite Teil der Operation am 19. Juni 2019 (vgl. act. IIA 372), die Revision der infizierten Wunde, sei

Folge der vorangegangenen Operation vom 11. Juni 2019 (vgl. act. IIA 361 [act. IIA 473 S. 4 f. Ziff. 7]). Für ihn sei die Argumentation der Beschwerdegängerin nicht nachvollziehbar. Die ursprüngliche Operation nach dem Trauma sei von allen Seiten zweifellos als unfallbedingt indiziert anerkannt worden. Es bestehe eine ungebrochene Kausalkette zwischen dem Unfallereignis und der Operation vom 11. Juni 2019 (vgl. act. IIA 361 [act. IIA 473 S. 5 Ziff. 8]).

3.3.15 In der Beurteilung vom 15. Oktober 2020 (in den Gerichtsakten) führte med. pract. D. _____ insbesondere aus, Dr. med. E. _____ (vgl. act. IIA 473) habe seine Meinung, wonach die Operation vom 7. Februar 2019 (vgl. act. IIA 330 S. 2 f.) zufolge des Unfalls vom 13. Dezember 1995 erforderlich geworden sei, lediglich damit begründet, dass der Kreisarzt mit der Annotation vom 25. April 2019 (vgl. act. IIA 348) die Kausalität bejaht habe und habe daraus gefolgert, es habe sich um eine Anschlusssegmentproblematik nach Versteifung der LWS gehandelt. Anhand der klinischen und radiologischen Befunde sei jedoch eindeutig belegt, dass keine Degeneration im Anschlusssegment Th12/L1 vorgelegen habe. Indikation für die Operation vom 7. Februar 2019 (vgl. act. IIA 330 S. 2 f.) sei eine Einengung des Spinalkanals drei Segmente höher zufolge eines Bandscheibenvorfalles bei Bandscheibendegeneration und einer Fazettengelenkszyste gewesen. Diese Veränderungen seien nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 13. Dezember 1995. Da die Operation vom 7. Februar 2019 (vgl. act. IIA 330 S. 2 f.) nicht an Folgen des Unfalls adressiert sei, sondern an krankheitsbedingte Veränderungen, sei die am 11. Juni 2019 (vgl. act. IIA 361) durchgeführte Operation an der Wirbelsäule im Bereich des Segments Th3/4 ebenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an Folgen des Unfalls vom 13. Dezember 1995 adressiert (S. 15).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen,

ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.4.3 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, 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. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.5 Die fachärztlichen Beurteilungen von med. pract. D. _____ vom 27. Juni 2019 (act. IIA 370), 1. Oktober 2019 (act. IIA 414) und 15. Oktober

2020 (in den Gerichtsakten), wonach keine natürliche Kausalität zwischen dem Unfall vom 13. Dezember 1995 und den zur Operation vom 7. Februar 2019 (vgl. act. IIA 330 S. 2 f.) geführten Beschwerden bestehe, erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen vollen Beweis, weshalb sich das beantragte Gerichtsgutachten (Beschwerde S. 10 Ziff. III Art. 8) erübrigt (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4]). Dass med. pract. D. _____ den Beschwerdeführer nicht klinisch explorierte, schmälert den Beweiswert seiner Schlussfolgerungen nicht. Die medizinische Situation ist umfassend dokumentiert und die Befunde der behandelnden Ärzte sind unbestritten. Daher hätte eine persönliche Befragung/Untersuchung in Bezug auf die hier relevante Fragestellung der Kausalität keine zusätzlichen sachdienlichen Informationen ergeben. Med. pract. D. _____ konnte sich aufgrund der vollständigen Akten (es lagen ihm nicht nur die Befundberichte, sondern auch die Bilder vor [Bericht vom 15. Oktober 2020 S. 8 f.; in den Gerichtsakten]) ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Bei seiner überzeugenden und schlüssigen Darlegung, wonach der Grund/die Gründe für die Operation vom 7. Februar 2019 (vgl. act. IIA 330 S. 2 f.) nicht die Situation an der LWS, sondern degenerative Veränderungen an der Bandscheibe gewesen seien, stützte er sich insbesondere auf den Operationsbericht vom 11. Februar 2019 (act. IIA 330 S. 2 f.) und die vorangegangenen bildgebenden Untersuchungen (act. IIA 339, 344). Daraus ist denn auch zu entnehmen, dass unveränderte Verhältnisse auf Höhe der lumbopelvinen Stabilisierung ab dem Segment L1 bestanden, es bei den Segmenten Th12/L1 keine höhergradige Segmentdegeneration gab (act. IIA 344 S. 1) und der operative Eingriff mit einer ausgeprägten Spinalkanalstenosierung der BWS (Th9/10) begründet wurde (act. IIA 330 S. 3). Eine diesbezüglich divergierende medizinische Beurteilung liegt nicht vor und Widersprüchlichkeiten sind keine auszumachen. Vielmehr hielten auch Dr. med. H. _____ und med. pract. J. _____ in ihrem Bericht vom 6. Juni 2018 (act. IIA 312) fest, die radiologischen Befunde zeigten im Vergleich zu den Vorbildern eine unveränderte Lage des eingebrachten Osteosynthesematerials ohne Hinweise auf Lockerungen oder Materialversagen und es gebe keine Anhaltspunkte für eine ASD (act. IIA 312 S. 2). Dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall

vom 13. Dezember 1995 keine Verletzungen an der BWS aufwies, ist überdies unbestritten. Zudem anerkannte auch der Vertrauensarzt des Krankenversicherers des Beschwerdeführers die versicherungsmedizinische Beurteilung (act. IIA 402). Ausserdem setzte sich med. pract. D._____ in seiner Beurteilung vom 15. Oktober 2020 (in den Gerichtsakten) mit der in Bezug auf die Kausalität abweichenden Meinung von Dr. med. E._____ (vgl. act. IIA 473) auseinander und zeigte auf, dass dieser die Kausalität einzig mit der kreisärztlichen Annotation (Vermerk) vom 25. April 2019 (vgl. act. IIA 348) begründete (Bericht vom 15. Oktober 2020 S. 13; in den Gerichtsakten).

3.5.1 Die seitens des Beschwerdeführers an den Aktenbeurteilungen erhobenen Kritik verfängt nicht:

Vorab trifft nicht zu, dass es sich vorliegend um eine Anschlusssegmentproblematik handelt (Beschwerde S. 7 ff. Ziff. III Art. 5 f.). Daran ändern die Ausführungen, wonach als Anschlusssegment einer Spondylodese nicht die Segmente ober- bzw. unterhalb einer Verletzung, sondern die jeweils ober- bzw. unterhalb einer Spondylodese liegenden Segmente gelten (Beschwerde S. 8 Ziff. III Art. 6), nichts. Das Anschlusssegment ab 2013 lag unbestrittenermassen (Replik S. 3 Ziff. III ad. Ziff. 7.1; Duplik S. 1) auf der Höhe der *Th12/L1* (vgl. auch act. IIA 144). Die langstreckige Versteifung der Wirbelsäule im Rahmen der Operation vom 7. Februar 2019 (act. IIA 330 S. 2 f.) erfolgte jedoch aufgrund eines Bandscheibenverhältnisses der Segmente *Th9/10*.

Was zudem die in Frage gestellte fachliche Qualifikation von med. pract. D._____ anbelangt (Replik S. 5. Ziff. III ad Ziff. 8.2), ist darauf hinzuweisen, dass für deren Nachweis einzig ein Facharzttitel in der entsprechenden medizinischen Disziplin verlangt wird und weitergehende fachliche Anforderungen nicht bestehen (bezüglich Sachverständigen bei Gerichtsgutachten: ERIK FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, in SZS 2019 S. 6). Med. pract. D._____ verfügt unbestrittenermassen über einen Facharzttitel in der entsprechenden medizinischen Disziplin. Mithin ist unerheblich, ob er vor seiner Tätigkeit bei der Beschwerdegegnerin für einige Jahre als Viszeralchirurgie tätig war.

3.5.2 Weiter liegen keine divergierenden medizinischen Einschätzungen vor, die geeignet wären, auch nur geringe Zweifel an der Beweiskraft der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung zu begründen.

Dr. med. E._____ stütze sich bei seiner Argumentation bezüglich der hier relevanten Frage (vgl. E. 3.2 hiervor) der Kausalität zwischen dem Unfall vom 13. Dezember 1995 und der Operation vom 7. Februar 2019 (act. IIA 330 S. 2 f.) einzig auf den Vermerk des Kreisarztes Dr. med. C._____ vom 25. April 2019 (act. IIA 348 [act. IIA 473 S. 1 Ziff. 2 und S. 4 Ziff. 7]). Eigene Überlegungen hierzu fehlen. Seine Ausführungen zur Nachbarsegmentproblematik (act. IIA 473 S. 3 f. Ziff. 5) beziehen sich einzig auf den hier nicht strittigen Punkt (vgl. E. 3.2 hiervor), wonach die Eingriffe vom 11. und 19. Juni 2019 (act. IIA 361, 372) als Folge der Operation vom 7. Februar 2019 (act. IIA 330 S. 2 f.) durchgeführt wurden, und zielen demnach an der Sache vorbei. Ausserdem setzte sich Dr. med. E._____ weder mit der Tatsache auseinander, dass der Kreisarzt seine initiale Ansicht am 30. Juli 2019 revidierte (act. IIA 381), noch äusserte er sich zu den diesbezüglichen Überlegungen von med. pract. D._____. Im Übrigen kann eine fachärztliche Beurteilung grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztliche abweichende Beurteilung entkräftet werden (Entscheide des BGer vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2, und vom 16. Oktober 2018, 8C_450/2018, E. 5.1). Die Beschwerdegegnerin erkannte zu Recht (Beschwerdeantwort S. 9 Ziff. III/8.2), dass Dr. med. E._____ als Anästhesist und Intensivmediziner den für die hier zu beurteilende Frage erforderliche Facharztstitel abgeht; daran ändert seine Tätigkeit fürs Zentrum G._____ (Replik S. 5 Ziff. III ad Ziff. 8.2) nichts.

Auch der Vermerk des Operateurs Dr. med. H._____ in seinem Bericht vom 28. März 2019 (act. IIA 334), wonach seines Erachtens die zur Operation vom 7. Februar 2019 (vgl. act. IIA 330 S. 2 f.) geführte Pathologie Folge des Traumas aus dem Jahr 1995 gewesen sei (act. IIA 334 S. 2), wird nicht begründet und vermag daher keine Zweifel an der Expertise von med. pract. D._____ zu begründen.

Ausserdem wird die Beweiskraft der Beurteilung der Suva-Versicherungsmedizin nicht dadurch geschmälert, dass der Kreisarzt Dr. med. C._____ eine Unfallkausalität der OP vom 7. Februar 2019 (vgl. act. IIA

330 S. 2 f.) – ohne jegliche Begründung – zunächst noch bejaht hatte (act. IIA 348), revidierte er seine initiale Ansicht doch am 30. Juli 2019 (act. IIA 381) bzw. am 21. Oktober 2019 (act. IIA 420) mit einleuchtenden und schlüssigen Argumenten.

3.6 Als Zwischenergebnis festzuhalten ist folglich, dass gestützt auf die beweiskräftigen Beurteilungen von med. pract. D. _____ vom 27. Juni 2019 (act. IIA 370), 1. Oktober 2019 (act. IIA 414) und 15. Oktober 2020 (in den Gerichtsakten) erstellt ist, dass zwischen dem Unfall vom 13. Dezember 1995 (act. II 1) und den zur Operation vom 7. Februar 2019 (act. IIA 330 S. 2 f.) führenden Beschwerden – und demnach auch den Eingriffen vom 11. und 19. Juni 2019 (act. IIA 361, 372 [vgl. E. 3.2 hier vor]) – keine Kausalität besteht.

3.7 Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin Heilbehandlungen im Zusammenhang mit der Operation vom 7. Februar 2019 (act. IIA 330 S. 2 f.) gewährte (act. IIA 349, 356; Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. III/6.2), etwas zu seinen Gunsten ableiten kann.

Zwar anerkennt ein Unfallversicherer mit der vorbehaltlosen Leistungserbringung grundsätzlich seine Leistungspflicht und das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen (Entscheid des BGer vom 1. Februar 2011, 8C_895/2010, E. 5.1), was sich auf die Beweislastverteilung bezüglich des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung des Unfalls niederschlägt (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56). Vorliegend basierte die Leistungserbringung jedoch auf einer blossen Anmerkung von Dr. med. C. _____ ohne jegliche Begründung (act. IIA 348) und war aus einer ex ante Betrachtung in wiedererwägungsrechtlichem Sinne zweifellos unrichtig (vgl. zur Wiedererwägung: Art. 53 Abs. 2 ATSG). Denn aus dem Operationsbericht vom 11. Februar 2019 (act. IIA 330 S. 2 f.), dem Austrittsbericht vom 17. Februar 2019 (act. IIA 338) und den bildgebenden Befunden (act. IIA 339 ff.) war bereits damals ersichtlich, dass der Eingriff wegen der schweren Osteochondrose mit ausgeprägter Spinalkanalstenose der BWS (Th9/10) indiziert war und vorderhand kein direkter Zusammenhang mit der früheren Spondylodese im Bereich der LWS bzw. des Beckens (L1-S1) bestand. Insbesondere konnte – wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.5.1 hier vor) – nicht von einer ASD

als Komplikation nach der lumbalen Wirbelsäulenversteifung ausgegangen werden. Daraus zog die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 22. Juli 2020 (act. IIA 463) – ohne die bereits erbrachten Leistungen zurückzufordern – den Schluss, bei richtiger Betrachtung sei sie für den Eingriff vom 7. Februar 2019 (vgl. act. IIA 330 S. 2 f.) gar nicht leistungspflichtig gewesen. Dieser Standpunkt ist im Rahmen der hier strittigen Leistungspflicht für die Eingriffe im Juni 2019 (act. IIA 361, 372) gerichtlich frei zu prüfen und trifft – nach dem Gesagten – zu. Damit besteht – abgesehen von der operierten Mallet-Zehe (vgl. E. 3.1 hiervor) – keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Eingriffe im Juni 2019.

3.8 Demnach und mit Blick auf die unbestrittenermassen unfallkausale Zehenamputation und die konsekutive Rekonvaleszenz bis 23. September 2019 (vgl. E. 3.1 hiervor) ist der Fallabschluss (vgl. E. 2.4 hiervor) per 30. September 2019 nicht zu beanstanden. Weitere die Zehe betreffende Heilbehandlungen werden denn auch weder behauptet noch sind solche ersichtlich. Im Übrigen macht der Beschwerdeführer in Zusammenhang mit der Zehenamputation (Dig. II) links (act. IIA 375) zu Recht keine Erhöhung der Invalidenrente oder eine Integritätsentschädigung geltend (vgl. hierzu Suva-Tabelle 4 [Integritätsschaden bei einfachen oder kombinierten Zehen-, Fuss- und Beinverlusten]).

Mithin ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Einspracheentscheid insoweit abzuändern, als der Beschwerdeführer Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) im Zusammenhang mit der Zehenamputation vom 19. Juni 2019 hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) muss das Verfahren für die Parteien kostenlos sein; einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1).

Der Beschwerdeführer ist mit seinen Anträgen teilweise durchgedrungen, wobei das Obsiegen sich auf die operierte Mallet-Zehe beschränkte. Unter diesen Umständen ist die Parteientschädigung entsprechend dem anteilmässigen Obsiegen ermessensweise auf einen Drittel zu reduzieren.

4.3 Mit Kostennote vom 17. November 2020 machte Rechtsanwältin B._____ ein Honorar von Fr. 5'265.-- (19.5 Stunden x Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 136.90 und Mehrwertsteuer von Fr. 415.95 geltend. Im geltend gemachten Honorar wurde offensichtlich auch vorprozessualer Aufwand miteinbezogen, welcher hier nicht berücksichtigt werden kann (BGE 114 V 83 E. 4b S. 87, 111 V 48 E. 4a S. 49). Das Honorar wird folglich mit Blick auf vergleichbare Fälle und den vorliegend gebotenen Aufwand – insbesondere unter Berücksichtigung des doppelten Schriftenwechsels – ermessensweise auf Fr. 3'240.-- (12 Stunden x Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 136.90 und MWST von Fr. 260.--, gesamthaft also auf Fr. 3'636.90, festgesetzt.

Demnach hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer Fr. 1'212.30 zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 22. Juli 2020 insoweit abgeändert, als Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) im Zusammenhang mit der Zehenamputation

vom 19. Juni 2019 besteht. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer einen Teil der Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'212.30 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.