

200 21 569 UV
KNB/BOC/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. August 2023

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
Richtplatz 1, 8304 Wallisellen
Zustelladresse: Postfach, 8010 Zürich-Mülligen Postzentrum
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 17. Juni 2021 (U/Ref.; ...)



Sachverhalt:

A.

Die 1947 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war als selbstständigerwerbende ... tätig und freiwillig bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Allianz bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als sie am 18. November 2018 in ihrer Wohnung mit dem Hinterkopf gegen einen Holzbalken stürzte und sich eine Hyperflexionsverletzung HWK 5/6 mit inkompletter Tetraplegie – mit erhaltener Gehfähigkeit – zuzog (Medizinische Akten der Allianz [M-act. II] 1, 6). Die Allianz erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen. Nachdem sie eine Aktenbeurteilung durch Dr. med. C. _____, Facharzt für Neurologie, hatte erstellen lassen (Bericht vom 29. Juni 2020 [M-act. II 24]), verfügte die Allianz am 17. Juli 2020 (Allgemeine Akten der Allianz [A-act. II] 1114) den Fallabschluss und stellte die Taggeldleistungen sowie Heilbehandlungskosten per 31. Juli 2020 ein und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente. Gleichzeitig sprach sie der Versicherten eine Integritätsentschädigung von Fr. 88'920.-- bei einer Integritätseinbusse von 60 % zu. Die dagegen erhobene Einsprache (A-act. II 1122) wies die Allianz mit Einspracheentscheid vom 17. Juni 2021 (A-act. II 1160) ab.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 18. August 2021 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheides sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlungskosten und Taggelder) weiterhin zu erbringen. Eventualiter sei die Sache unter Aufhebung des angefochtenen Entscheides zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Die Beschwerdeführerin bestätigt mit Replik vom 8. Februar 2022 die beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren.

Mit Eingabe vom 15. Februar 2023 stellte die Beschwerdeführerin dem Gericht in der Folge aufforderungsgemäss D._____-Arztberichte von Anfang 2022 zu und teilte mit, die Fragen, welche Dr. med. E._____, Facharzt für Intensivmedizin, zur Beantwortung unterbreitet worden seien, seien in der "vertrauensärztlichen Stellungnahme" vom 4. August 2021 unter Ziff. 3 ("Fragestellung") durch den Verfasser eins zu eins wiedergegeben.

Mit Duplik vom 21. Februar 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin weiterhin die Abweisung der Beschwerde. Diese Eingabe wurde der Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 17. März 2023 zur Kenntnisnahme zugestellt.

Am 6. April 2023 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin aufforderungsgemäss die E-Mail vom 7. Juli 2021 an Dr. med. E.____ nach. Diese Eingabe samt Beilage wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 11. April 2023 zur Kenntnisnahme zugestellt.

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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträ-

gen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie 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 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 17. Juni 2021 (A-act. II 1160). Streitig und zu prüfen ist, ob im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 18. November 2018 der Fallabschluss und damit die Einstellung der Taggeldleistungen und Heilbehandlungskosten zu Recht per 31. Juli 2020 erfolgt ist. Die Verneinung des Rentenanspruchs und die Höhe der Integritätsentschädigung von Fr. 88'920.-- gründend auf einem Integritätsschaden von 60 % waren bereits im Einspracheverfahren nicht mehr umstritten (vgl. A-act. II 1122) und bilden damit nicht Thema des vorliegenden Beschwerdeverfahrens.

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 In der Schweiz wohnhafte Selbstständigerwerbende (und ihre nicht obligatorisch versicherten mitarbeitenden Familienglieder) können sich gemäss Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) freiwillig versichern. Nach Art. 5 Abs. 1 UVG gelten die Bestimmungen über die obligatorische Versicherung sinngemäss für die freiwillige Versicherung.

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).

2.3 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Juli 2022, 8C_596/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 3).

2.4 Der Versicherte hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG).

2.5 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).

Nach Art. 21 Abs. 1 UVG soll *Heilbehandlung* – wie die übrigen Pflegeleistungen und die Kostenvergütungen – *nach Festsetzung der Rente* durch den Unfallversicherer nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt werden, so bei Berufskrankheit (lit. a), bei Rückfall oder Spätfolgen zur we-

sentlichen Besserung oder Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (lit. b), zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit (lit. c) und zur wesentlichen Verbesserung oder zur Bewahrung vor wesentlicher Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes im Falle der Erwerbsunfähigkeit (lit. d). Im dazwischen liegenden Bereich, nämlich wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen. An seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.2 S. 114).

2.6 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

2.7 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 (vgl. SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

2.8 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; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvoll-

ziehbarer Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst oder ein Gerichtsgutachten anordnen (vgl. 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; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

2.9 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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).

2.10 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Nach dem Erlass des Einspracheentscheides verfasste Arztberichte sind nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 PD Dr. med. Dr. sc. nat. F. _____, Facharzt für Neurochirurgie, Stv. Chefarzt Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie des D. _____, hielt

im Bericht vom 21. November 2019 (M-act. II 17) die folgende (Haupt-) Diagnose fest:

- St.n. dorsaler Stabilisation C4-Th1 mit Laminektomie C5/6 und partieller Laminektomie C4 und C7 am 19. November 2018 bei Hyperflexionsverletzung C5/6 (AO Typ B2) und sukzessiver inkompletter Tetraplegie
 - Aktuell: Schraubenfehlage C7 und Th1 (teils intraspinal) und Foramenstenose C6 rechts
 - St.n. Reinstrumentation C4 und C5 sowie Neuinstrumentation C7/Th1, dorsale Dekompression der Wurzel C6 rechts und des Neuromonitorings am 28. November 2018 fecit Dres. med. F. _____ et ...

Die Beschwerdeführerin berichte, insgesamt deutliche Fortschritte gemacht zu haben, wobei allerdings noch erhebliche Defizite im Bereich der Hände vorhanden seien. Hier habe sie aber kürzlich ein Erfolgserlebnis verzeichnen können, wobei sie neu die Finger der rechten Hand seit zehn Tagen wieder spreizen könne. Ansonsten sei die Beschwerdeführerin wenige Schritte zu Hause selbstständig gehfähig und benutze aber für längere Strecken den Elektrorollstuhl. Es zeige sich ein regelrechter bildmorphologischer Status nach durchgeführter oben genannter Operation. Die Beschwerdeführerin verzeichne zwar langsame, jedoch aber positive kleinere Erfolgserlebnisse. Bezüglich der belastungsabhängigen Nackenschmerzen sei die Problematik kompensiert, sodass im Einverständnis mit der Beschwerdeführerin hier vorerst keine weiteren Schritte eingeleitet würden.

3.2 Dr. med. G. _____, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 3. Dezember 2019 (M-act. II 16) die folgenden (Haupt-)Diagnosen auf:

- Sensomotorisch inkomplette Tetraplegie nach Sturz und Hyperflexionsverletzung HWK 5/6 am 18. November 2018
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, nicht-CPAP-bedürftig
- St.n. Tako-Tsubo-Kardiopathie 11/2008
- Intermittierendes Vorhofflimmern
- St. n. Mamma-Ca rechts
- St. n. rezidivierender Gastritis
- St. n. Laparoskopie 2007 wegen rezidivierenden Subileuszuständen
- Hyperthyreose, substituiert
- St. n. Diskushernie L2/3 rechts, konservativ therapiert

Bei diesem St.n. Hyperflexionsverletzung HWK 5/6 bestehe weiterhin eine reelle Chance auf weitere Verbesserung motorischer und sensibler Defizite,

was sich beispielsweise in Bezug auf Alltagsfunktionen der rechten dominanten Hand zunehmend positiv auswirken könnte. Leider bestehe auch eine beträchtliche sensible Afferenzstörung mit Einschränkung der taktilen Wahrnehmung der Finger. Im Rahmen der neurogenen Blasenfunktionsstörungen komme es aktuell zu keinen Sekundärkomplikationen im Sinne von rezidivierenden Harnwegsinfekten und bei der letzten Kontrolle in ... seien lediglich 50ml Restharn festgestellt worden, so dass sich hier keine weiteren Massnahmen aufdrängen. Bei einer Fortsetzung der intensiven physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Bemühungen dürfe noch einiges an rehabilitativem Erfolg erwartet werden. Er möchte die Beschwerdeführerin auch langfristig maximal gegenüber den Kostenträgern mittels Kostengutsprachen unterstützen.

3.3 Prof. Dr. med. H. _____ (im Medizinalberuferegister ohne Facharztstitel verzeichnet; vgl. www.medregom.ch), Leiter Handchirurgie des D. _____, führte im Bericht vom 11. März 2020 (M-act. II 22) die folgenden handchirurgischen Diagnosen auf:

- Intrinsic tightness. Langfinger Hand rechts
- PIP-Gelenkskontrakturen. Hand links

Die Beschwerdeführerin berichte, dass sich in den letzten Wochen betreffend Handfunktion vor allem rechtsseitig eine Verbesserung der Ansteuerung und Kraft ergeben habe. Mittlerweile sei nun beispielsweise das Abspreizen der Langfinger möglich. Aufgrund einer deutlichen Gefühlsminderung rechtsseitig könne diese Hand nur unter visueller Kontrolle für feinmotorische Tätigkeiten eingesetzt werden. Linksseitig zeige sich eine erhaltene Sensibilität bei jedoch im Seitenvergleich deutlicher Kraftminderung. Im Alltag erhalte sie Hilfe durch die Spitex. Es gebe keine Hinweise auf einen M Dupuytren sowohl an der linken als auch an der rechten Hand. Zudem sei die Notwendigkeit einer regelmässigen intensiven Handtherapie zur Verringerung der Intrinsic Tightness rechtsseitig und ebenfalls zur Verringerung der PIP-Gelenkskontrakturen linksseitig besprochen worden. Es werde die Anfertigung einer langen Intrinsic plus-Lagerungsschiene mit 30° Handgelenkextension und 70° Flexion in den MCP-Gelenken bei extendierten Langfinger als Nachtlagerungsschiene empfohlen. Bei subjektiver Verschlechterung der Handfunktion könne sie sich jederzeit erneut melden.

3.4 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Oberärztin Paraplegiologie des D. _____ (vgl. M-act. II 30), hielt im Bericht vom 23. März 2020 (M-act. II 23) fest, die Beschwerdeführerin habe sich in einem guten Allgemein- und stabilen Rehabilitationszustand gezeigt. Die sensomotorischen Defizite seien soweit beurteilbar stationär geblieben. Das Gleiche gelte für die Bewegungseinschränkungen der Gelenke der oberen und unteren Extremitäten. Funktionell habe sich die Beschwerdeführerin aber deutlich verbessert und erlange mehr Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Daher sei die Durchführung ambulanter Physio- und Ergotherapie wie bisher absolut sinnvoll. Zur Verbesserung der Propriozeption sowie für eine bessere Körperhaltung beim Gehen sei das Gehen mit zwei Walking-Stöcken sinnvoll. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin berichteten haltungsbedingten Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich werde aktuell Akupunktur durchgeführt. Darunter liessen sich die Schmerzen und die muskulären Verspannungen sehr gut beeinflussen. Es werde eine Weiterführung dieser Therapie im Verlauf empfohlen. Ansonsten bestehe aktuell von der rehabilitativen Seite kein anderer Interventionsbedarf. Die weiteren medizinischen Kontrollen fänden beim Hausarzt statt.

3.5 Im Bericht vom 25. März 2020 (M-act. II 21) führte Dr. med. G. _____ aus, in der Zwischenzeit bestehe weiterhin eine Einschränkung der Handfunktion bei Atrophie der intrinsischen Muskulatur und mit linksbetonten Sensibilitätsstörungen und einer limitierten Extension der Finger li > re bei etwas besserer Rohkraft der rechten Hand trotz Sehnenverkürzung. Alltagsfunktionen, wie zum Beispiel das Essen seien mit Hilfsmitteln wieder etwas besser möglich. Auch die Gehfunktion habe sich soweit verbessert, dass die Beschwerdeführerin ohne Gehhilfen im Haus und ausser Haus bei Einkäufen mobil sei. Zu Stürzen sei es letzthin nicht mehr gekommen, nachdem sie letztmals im Oktober einen Stolpersturz gemacht habe. Eine neurogene Blasenfunktionsstörung sei zwar manifest, aber es sei zu keinen rezidivierenden Harnwegsinfekten gekommen. Eine gewisse Spastizität sei in den Beinen vorhanden und führe nachts gelegentlich zu kurzen Verkrampfungen, jedoch nicht zu länger dauernden schmerzhaften Verspannungen. Auch für ein Restless-Legs-Syndrom ergäben sich keine relevanten Anhaltspunkte. In therapeutischer Hinsicht

bestehe eine Anbindung bei der Ergotherapie, leider könnten aber wegen der Corona-Pandemie aktuell keine Therapiesitzungen stattfinden. Eine Schienung wäre gerade angesichts dieser Streckdefizite der Finger linksbetont sinnvoll. Die Spitex-Unterstützung sei zur Bewältigung des Haushalts notwendig. Leider sei der Lebenspartner der Beschwerdeführerin nach Schenkelhalsbruch nun von einem Covid-19-Infekt kritisch betroffen. Aktuell wünsche die Beschwerdeführerin keine stationäre Neurorehabilitation wie er vorgeschlagen habe, jedoch könne er diese jederzeit noch beantragen.

3.6 Im Aktengutachten vom 29. Juni 2020 (M-act. II 24) führte Dr. med. C. _____ aus, bei einem Sturz mit Hyperflexionsverletzung HWK 5/6 sei es zu einer inkompletten sensomotorischen Tetraplegie gekommen, welche sich im Verlauf von AIS C auf AIS D entwickelt habe. Entsprechend des Berichtes des D. _____ habe die Beschwerdeführerin zwischen Oktober 2019 und März 2020 nochmals klinische Fortschritte gemacht. Dies insbesondere in der Mobilität. Entsprechend dem handchirurgischen Bericht des D. _____ gehe es bei der Hand vor allem darum, die Fortschritte zu erhalten und zu verhindern, dass es zu Kontrakturen komme. Ziele bezüglich möglicher Besserung seien nicht genannt worden. Von neurologischer Seite her sei ein erneuter Rehabilitationsaufenthalt in Betracht gezogen worden. Dieser sei aber von der Beschwerdeführerin abgelehnt worden. Ohne erneuten Rehabilitationsaufenthalt und insbesondere auch bei den multiplen Vorerkrankungen könne von keiner weiteren substantiellen Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Ein medizinischer Endzustand könne somit 18 Monate nach dem Eintritt des Ereignisses angenommen werden. Geblieben seien eine partielle Inkontinenz, eine leichtgradige Gehstörung sowie eine partielle Einschränkung der Handfunktionen beidseits. Die Beschwerdeführerin sei aber soweit mobil, dass sie ihre Einkäufe tätigen könne. Es bleibe aber eine allgemeine motorische Störung sub C6, bedingt durch eine leichte Spastik. Mit einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch namhafte Verbesserungen erzielt werden. Eine mögliche Verbesserung hätte sich allenfalls durch eine erneute Rehabilitation ergeben. Die Diskussion darüber erübrige sich, da die Beschwerdeführerin dies nicht möchte.

3.7 Dr. med. G._____ hielt im Bericht vom 21. August 2020 (M-act. II 25) fest, mit Erstaunen habe er zur Kenntnis genommen, dass die Beschwerdegegerin von einem medizinischen Endzustand spreche und keine Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erwarte. Der damit verbundene Abschluss dieses Falls sei nicht gerechtfertigt, da von ihm und den Kollegen des D._____ ... ein sehr signifikantes Verbesserungspotenzial beobachtet und in den Untersuchungen dokumentiert worden sei. Diese Besserung halte auch in den letzten Monaten an und gemäss Aktenkonsilium von Dr. med. C._____ sei auch ein rehabilitatives Potenzial aus seiner Sicht weiterhin gegeben. Während der Corona-Pandemie sei eine Hospitalisation zur maximalen Ausschöpfung des rehabilitativen Potenzials im stationären Setting nicht gegeben gewesen. Auch aktuell sei dies im Rahmen der Corona-Pandemie mit steigenden Fallzahlen schwierig, und er plädiere deshalb für eine intensive Fortsetzung der ambulanten Therapie in einer bestehenden Anbindung an die jetzigen Therapeuten.

3.8 Im Bericht vom 22. Oktober 2020 (M-act. II 29) hielt Dr. med. G._____ fest, hinsichtlich der sensomotorisch inkompletten Tetraplegie bestehe weiterhin eine relevante Einschränkung der Handfunktion bei Muskelatrophie sowie Ausfällen an den unteren Extremitäten bei nachgewiesener Myelopathie auch in den elektrophysiologischen Untersuchungen. Es sei somit von einem residuellen Schaden und einer längerfristigen Einschränkung auszugehen, und es bestehe eine relevante Einschränkung der Alltagsfunktionen mit 100 %iger Arbeitsunfähigkeit. Die Fortsetzung eines intensiven ambulanten Therapiesettings mit Physiotherapie und Ergotherapie sei zwingend erforderlich, um einer weiteren Dekonditionierung entgegen zu wirken.

3.9 Dr. med. J._____, Fachärztin für Chirurgie und Handchirurgie, Chefärztin für Hand- und Tetrahandchirurgie des D._____, führte im Bericht vom 11. Januar 2021 (M-act. II 32) die folgende handchirurgische Diagnose auf:

- Intrinsic Tightness und PIP-Gelenkskontrakturen Dig IV und V Hand links

Die mit der gestellten Diagnose einhergehenden Alltagsschwierigkeiten liessen sich damit gut erklären. Es werde der Beschwerdeführerin die Möglichkeit der weiterführenden Schienentherapie vorgeschlagen. Alternativ gebe es operativ die Möglichkeit mittels passiver intrinsischer Rekonstruktion (House-Procedure) die Flexion in den MCP-Gelenken und im Verlauf die Extension in den PIP-Gelenken nach Lösen der Kontrakturen wiederherzustellen. Dafür bedürfe es postoperativ einer Schienentherapie von zwei Monaten. Die Beschwerdeführerin sei grundsätzlich an einem Eingriff nach der Corona-Pandemie interessiert. Sie werde sich selbstständig zur erneuten Terminvereinbarung und Planung der operativen Therapie melden, zwischenzeitlich werde sie die Lagerungsschienen wieder etwas vermehrt anwenden.

3.10 Prof. Dr. med. K._____, Facharzt für Urologie, Chefarzt Neuro-Urologie des D._____, gab im Bericht vom 13. Januar 2021 (M-act. II 31) die folgenden Diagnosen an:

- Neurogene Blasenfunktionsstörung mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie
 - Spontanmiktion
- Inkomplette Tetraplegie sub C5 (AIS C) nach Sturz am 18. November 2018
- St. n. Chemo- und Radiotherapie bei Mamma-Ca rechts
- 22. November 2002 OP nach Billroth II, Standard Roux-Y-Anastomose wegen chronischer Gastritis
- St. n. laparoskopischer Cholezystektomie 12/2005
- St. n. diagnostischer Laparoskopie 08/2007 wegen rezidivierenden Subileuszuständen

Zusammenfassend bestehe eine neurogene Blasenfunktionsstörung mit zurzeit akzeptabler Entleerung. Einen unauffälligen Verlauf vorausgesetzt, könne das bisherige Procedere unverändert fortgesetzt werden, bei zunehmendem Restharn wäre eine erneute Akupunkturbehandlung oder ein apparatives Biofeedback zur Relaxation des Beckenbodens möglich.

3.11 Dr. med. I._____ führte im Bericht vom 1. Februar 2021 (M-act. II 30) aus, in der ambulanten Jahreskontrolle vom 7. Januar 2021 habe sich die Beschwerdeführerin in einem guten Allgemein- und leicht reduziertem Rehabilitationszustand gezeigt. Die neurologischen Defizite seien soweit beurteilbar stationär geblieben. Nun habe die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung der Kraftausdauer und des Gleichgewichtes beobachtet,

verbunden mit vermehrten Stürzen. Dies sei im Zusammenhang mit der fehlenden ambulanten Physiotherapie interpretiert worden. Bei der Beschwerdeführerin bestehe ein dringender Bedarf für ambulante Physiotherapie, aktuell mit einer Frequenz von 2 x pro Woche mit dem Ziel Ausdauer- und Gleichgewichtstraining. Zudem sollte an der Gelenkbeweglichkeit der oberen und unteren Extremitäten zur Vermeidung von weiterer Kontrakturzunahme gearbeitet werden. Da die Beschwerdeführerin über rezidivierende haltungsbedingte Nacken- und Schulterschmerzen berichtet habe, sollten zusätzlich noch detonisierende und schulterstabilisierende Massnahmen durchgeführt werden. Die Durchführung ambulanter Ergotherapie mit einer Frequenz von 1 x pro Woche sei erforderlich, da die Beschwerdeführerin weiterhin Mühe mit der Durchführung von alltäglichen Tätigkeiten infolge eingeschränkter Handfunktion bei Atrophie der intrinsischen Muskulatur habe, und eine eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit bestehe. Die Sensibilität in den Händen sei derart betroffen, dass sie ohne visuelle Kontrolle keine Aktivitäten ausüben könne und sie bei Vorbereitung des Essens sich verbrenne, ohne dies zu merken. Sollte die Therapiefrequenz reduziert werden, sei mit einer Verschlechterung des medizinisch-rehabilitativen Zustands zu rechnen, so dass das Wohnen allein zuhause nicht mehr gewährleistet sei und eine Verlegung in eine Pflegeinstitution erforderlich werde. Somit werde die Versicherung um die Kostenübernahme für ambulante Physiotherapie aktuell 2 x pro Woche und ambulante Ergotherapie 1 x pro Woche gebeten. Bei der Durchführung der Alltagsaktivitäten sei die Beschwerdeführerin auf fremde Hilfe angewiesen, so dass weiterhin der Bedarf von Spitexunterstützung gegeben sei bzw. mindestens zwei Stunden am Morgen und eine Stunde am Abend. Zur Linderung der Schmerzen in der LWS werde TENS zuhause regelmässig durchgeführt. Die Weiterführung dieser Therapie zur Vermeidung von Schmerzexazerbationen werde empfohlen.

3.12 Dr. med. E._____ hielt am 4. August 2021 (Akten der Beschwerdeführerin [act. Ia] 15) gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin fest, die Schreiben des D._____ ... und des behandelnden Neurologen enthielten eindeutige Aussagen dazu, dass die von der Beschwerdegegnerin behauptete Stabilisierung des Zustandes keinesfalls erreicht sei. Das Schreiben der Handchirurgin beinhalte einen

eindeutigen Therapievorschlag für die lähmungsbedingten Kontrakturen, nämlich eine operative Korrektur, für welche die Beschwerdeführerin Interesse bekundet habe. Dies und auch das Angebot einer weiterführenden Schienentherapie (welche auch nach der Operation fortzuführen wäre) würden von der Beschwerdegegnerin nicht korrekt wiedergegeben. Die von der Beschwerdeführerin gewünschte Durchführung der Operation nach der Corona-Pandemie werde gar zu einer Ablehnung aus unfallfremden Gründen verfälscht. Mit der Beurteilung des von der Beschwerdegegnerin beauftragten Gutachters stimme er in einem Punkt überein. Er stelle fest, dass durch eine erneute Rehabilitation eine Verbesserung möglich sei. Gemeinsam mit den Fachärzten des D._____ ... und dem behandelnden Neurologen der Beschwerdeführerin schliesse er sich dieser Meinung vollumfänglich an. Auch die Beschwerdeführerin teile diese Überzeugung. Mit Schreiben vom 5. Mai 2021 erkläre sie klar, nie eine vorgeschlagene Rehabilitation abgelehnt zu haben. Weshalb der Gutachter im Juni 2020 einerseits zitiere, die Beschwerdeführerin habe aufgrund vorliegender Berichte im Zeitraum zwischen Oktober 2019 und März 2020 nochmals klinische Fortschritte gemacht, andererseits aber den medizinischen Endzustand konstatiere, sei völlig unklar. Der von der Beschwerdegegnerin beauftragte Gutachter gebe in seinem Schreiben vom 29. Juni 2020 an, die Diskussion über eine erneute Rehabilitation erübrige sich, da die Beschwerdeführerin dies nicht möchte. Diese Aussage möge für den konkreten Zeitraum zutreffen, sie sei zudem gut begründet. Jeder Bürger mit gesundem Menschenverstand, insbesondere aber eine medizinische Fachperson, habe zu Beginn der Corona-Pandemie aufschiebbare Spitalaufenthalte vermieden. Die Beschwerdeführerin sei als besonders gefährdete Person einzuordnen. Dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin nun vorwerfe, unter dem Eindruck der beginnenden Corona-Pandemie den Eintritt für eine erneute Rehabilitation abgelehnt zu haben, zeuge von einem unzureichenden historischen Kurzzeitgedächtnis. Er persönlich betrachte eine derartige Argumentation als zynisches Verhalten gegenüber einem Kunden und Mitmenschen.

3.13 Dr. med. F._____ führte im Bericht vom 18. Januar 2022 (act. Ia 17) die gleichen (Haupt-)Diagnosen wie im Bericht vom 21. November 2019 (M-act. II 17) auf, mit folgender Ergänzung:

- Initial ASIA C, im Verlauf ASIA D mit Wiedererlangung der Gehfähigkeit am Rollator

Es zeige sich ein regelrechter 3-Jahresverlauf nach Stabilisation der HWS von C4 - Th1. Sämtliche Schrauben seien fest verankert und es zeigten sich keine Hinweise für Materialversagen oder Lockerungszeichen. Hinsichtlich der eingeschränkten Beweglichkeit liege dies natürlich mit der Fixation des zervikothorakalen Überganges bis hin zu C4 zusammen. Somit sei über die Hälfte der HWS stabilisiert und immobil. Eine Wiedererlangung der Mobilität im Bereich der HWS wie vor der Stabilisation sei durch die stattgehabte Fusion wie auch den Unfallmechanismus nicht mehr möglich. Hinsichtlich der Physiotherapie empfehle er vor allem Kräftigungs- und Stärkungsübungen der Nackenmuskulatur, um den Ermüdungserscheinungen vorzubeugen.

3.14 Dr. med. J. _____ führte im Bericht vom 20. Januar 2022 (act. Ia 18) die folgende Diagnose auf:

- Sensomotorisch inkomplette Tetraplegie sub C6 nach Sturz am 18. November 2018 mit/bei:
 - Handchirurgischer Diagnose: PIP-Gelenkskontrakturen Dig. IV und V Hand links sowie fehlende intrinsische Funktion und fehlende Daumenfunktion links

Trotz eingeschränkten Funktionen an beiden Händen komme die Beschwerdeführerin im Alltag zurecht, ein operativer Eingriff zur Funktionsverbesserung komme deshalb nicht in Frage. Es werde empfohlen, die Ergotherapie ein Mal wöchentlich weiterzuführen, insbesondere um eine Verschlechterung der Gelenkskontrakturen zu verhindern. Die Behandlung der Beschwerdeführerin werde abgeschlossen.

3.15 Dr. med. PhD L. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Leitende Ärztin Paraplegiologie des D. _____, hielt im Bericht vom 28. Januar 2022 (act. Ia 19) fest, anlässlich der ambulanten Jahreskontrolle vom 20. Januar 2022 habe sich die Beschwerdeführerin in einem guten Allgemein- und leicht reduzierten, jedoch stabilen Rehabilitationszustand gezeigt. Die neurologischen Defizite seien soweit beurteilbar stationär geblieben und entsprächen weiterhin dem Zustandsbild einer

sensomotorisch inkompletten Tetraplegie, motorisch sub C6, sensibel sub C4 (AIS D). Hinsichtlich der Kraft, Sensibilität und Gelenkbeweglichkeit habe sich ein stationärer Befund gezeigt, jedoch trotzdem schlechtere Werte beim 6-Minuten-Gehtest, wo die Beschwerdeführerin heute 190 Meter habe zurücklegen können (203 Meter im letzten Jahr) bei einer Norm von 560 Metern. Da der aktuelle Zustand der Beschwerdeführerin durch eine Querschnittlähmung verursacht sei, sei keine drastische neurologische Verbesserung zu erwarten. Jedoch seien die intensive Physio- und Ergotherapie in einem Ausmass von 2x pro Woche zum Erhalt und wenn möglich Verbesserung der Muskelkraft sowie Erhalt der Gelenkbeweglichkeit und Mobilität zwingend indiziert. Infolge eingeschränkter Handfunktion bei Atrophie der intrinsischen Muskulatur sei die Durchführung von alltäglichen Tätigkeiten deutlich eingeschränkt. Ohne operative Massnahmen sei eine Funktionsverbesserung der Hände nicht zu erwarten, jedoch seien durch die regelmässige Ergotherapie weitere Verschlechterungen der Gelenkkorrekturen vermeidbar. Da die Beschwerdeführerin in Alltagstätigkeiten grossenteils auf Fremdhilfe angewiesen sei, sei eine Spitex-Unterstützung weiterhin indiziert. Zur Linderung der Schmerzen im Rückenbereich werde TENS zu Hause regelmässig durchgeführt. Es werde eine Weiterführung dieser Therapie zur Vermeidung von Schmerzexazerbationen empfohlen.

4.

4.1 Zu Recht unbestritten ist, dass der Sturz vom 18. November 2018 einen Unfall im Rechtssinn (vgl. E. 2.2 hiervor) darstellt und dass die nach wie vor bei der Beschwerdeführerin bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen natürlich und adäquat kausale Unfallfolgen darstellen (vgl. E. 2.3 hiervor). Hingegen ist umstritten, ob die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlung und die Taggelder zu Recht per 31. Juli 2020 eingestellt hat (Fallabschluss) bzw. ob im genannten Zeitpunkt von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung überwiegend wahrscheinlich noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes bzw. *der Arbeitsfähigkeit* (vgl. E. 2.5 hiervor) zu erwartet war. Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung standen bei der im Unfallzeitpunkt bereits lange Zeit im ordentlichen Rentenalter stehenden Beschwerdeführerin nie zur Diskussion.

4.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Entscheid zum Fallabschluss insbesondere auf die Aktenbeurteilung des beigezogenen Neurologen Dr. med. C. _____ vom 29. Juni 2020 (M-act. II 24), gemäss welcher 18 Monate nach dem Ereignis der medizinische Endzustand angenommen werden könne, dies in Kenntnis der bisherigen medizinischen Akten (vgl. Beschwerde S. 5 Art. 4). Diese Aktenbeurteilung erfüllt die an den Beweiswert eines medizinischen Berichtes gestellten Anforderungen, insbesondere liegt ein lückenloser Befund vor und es geht im Wesentlichen einzig um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts (vgl. E. 2.7 hiervor). Eine persönliche Untersuchung bzw. ein Explorationsgespräch war entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 Art. 4) demnach nicht notwendig. Die weiteren medizinischen Berichte vermögen keine auch nur geringen Zweifel am Beweiswert der Aktenbeurteilung von Dr. med. C. _____ vom 29. Juni 2020 (M-act. II 24) zu begründen (vgl. E. 2.8 hiervor). Vielmehr fügt diese sich gut in die Berichte der behandelnden Ärzte ein (vgl. E. 4.3 und 4.4 hiernach), welche deutlich vor der Leistungseinstellung per Ende Juli 2020 erfolgten und sich denn auch allein auf diese Zeitpunkte bezogen. Andererseits stützen die nach Ende Juli 2020 erfolgten Berichte *bei objektiver Betrachtung* die Beurteilung von Dr. med. C. _____ von Ende Juni 2020, wonach keine substantielle Verbesserung mehr erreicht werden könne. Dr. med. C. _____ erachtet eine Verbesserung allein als möglich, so dass der notwendige Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) nicht erreicht wird respektive nicht von dieser Annahme ausgegangen werden darf. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 Art. 4) ist Dr. med. C. _____ als Facharzt für Neurologie denn auch qualifiziert, die sich bezüglich des Fallabschlusses im Zusammenhang mit der bei der Beschwerdeführerin bestehenden inkompletten Tetraplegie stellenden Fragen zu beantworten.

4.3 Vor bzw. zu Beginn einer vertieften gerichtlichen Beweiswürdigung ist zunächst festzuhalten, dass evident ist, dass – nebst dem ebenfalls zu überprüfenden Taggeldanspruch ab Ende Juli 2020 – die motivierte Beschwerdeführerin auch mittel- und langfristig physio- bzw. ergotherapeutischer Behandlung bedarf. Die Frage ist vorliegend, wie lange diese durch

die Unfallversicherung zu übernehmen ist, bzw. wann an deren Stelle der obligatorische Krankenpflegeversicherer tritt. Sodann gilt es vorweg festzuhalten, dass die (namentlich durch die behandelnden und/oder beratenden Ärzte der Beschwerdeführerin teilweise emotional geführte) Diskussion einer allfälligen – bloss möglichen – Verbesserung des Zustandes der Handbeweglichkeit durch eine Operation vorliegend nicht zielführend ist. Einerseits erschien eine operationsbedingte Verbesserung – im Zeitpunkt der Leistungseinstellung – höchstens möglich. Andererseits zeigte die Handchirurgin Dr. med. J. _____ im späteren Bericht vom Januar 2021 (M-act. II 32) lediglich weitere Behandlungsmöglichkeiten auf ohne entsprechend darzulegen, dass damit eine namhafte Verbesserung der Handbeweglichkeit erreicht werden könnte. Im Januar 2022 (act. Ia 18) hielt sie bezüglich der früher thematisierten Behandlungsoptionen denn auch kurz und abschliessend fest, dass die Beschwerdeführerin mit bzw. trotz den eingeschränkten Handfunktionen beidseits im Alltag "zurecht komme" und ein operativer Eingriff deshalb für diese nicht in Frage komme.

Wenn sodann die vor der Leistungseinstellung liegenden Berichte der Behandler (allenfalls) noch ein Verbesserungspotenzial erblicken liessen (vgl. E. 4.4 hiernach), gilt es zu beachten, dass insbesondere Dr. med. G. _____ – als Bekannter/Duzfreund der Beschwerdeführerin – offen kommunizierte, dass er gedenke, seine Patientin auch langfristig maximal gegenüber den Kostenträgern zu unterstützen (vgl. Bericht vom 3. Dezember 2019 [M-act. II 16]). Seine Berichte bezwecken damit advokatorische Ziele und sind somit entsprechend zu würdigen. Dies umso mehr, als dass Dr. med. G. _____ – offensichtlich in Unkenntnis der UV-Anspruchsvoraussetzungen (vgl. dazu namentlich E. 2.5 letzter Absatz hiervor) – irrtümlich davon ausgeht, dass die Unfallversicherung die Heilbehandlung zeitlich unbegrenzt zu übernehmen hat.

Objektiv betrachtet, ergibt sich auch aus den anderen Berichten der Behandler bzw. die Beschwerdeführerin beratenden Ärzte, dass diese nicht das vorliegend entscheidende Kriterium einer *namenhaften* Besserung einer Heilbehandlung hinsichtlich der (hypothetischen) Arbeitsfähigkeit einschätzen, sondern ganz allgemein (in Unkenntnis der UV-Anspruchsvoraussetzungen) eine weitere Physio- bzw. Ergotherapie als sinnvoll

bezeichnen. Dabei lassen sie ausser Acht, dass diese Therapien bloss zur Erhaltung und nicht zu einer namhaften Verbesserung der Beweglichkeit führen. Je näher vor dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Juli 2020 deren Berichte liegen – bzw. erst Recht danach – geht es sodann bei deren Therapieempfehlung um die Erhaltung der "bisherigen Fortschritte" und nicht (mehr) um eine namhafte Verbesserung mit Blick auf eine ins Gewicht fallende (hypothetische) Steigerung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 4.4 hiernach).

4.4 Aus den Berichten der behandelnden Ärzte – namentlich des D._____ sowie Dr. med. G._____ – ergibt sich in der Zeit vor der Aktenbeurteilung von Juni 2020 vorerst noch ein Verbesserungspotential. So hielt Dr. med. G._____ im Bericht vom 3. Dezember 2019 (M-act. II 16 S. 2) fest, bei einer Fortsetzung der intensiven physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Bemühungen dürfe noch einiges an rehabilitativem Erfolg erwartet werden. Am 21. November 2019 berichtete die Beschwerdeführerin gegenüber den behandelnden Ärzten des D._____, insgesamt deutliche Fortschritte gemacht zu haben (M-act. II 17). Allerdings wurde bereits am 25. März 2020 (M-act. II 21 S. 2) auch von Dr. med. G._____ nicht mehr vorab von möglichen Fortschritten berichtet – ausser betreffend einer Handschienung –, sondern erfolgte eine "Bestandesaufnahme" der Beschwerden. Aus diesem Bericht wird auch ersichtlich, dass Dr. med. G._____ – wie erwähnt – mit "A._____" gut bekannt ist und ihr zur bestmöglichen Behandlung verhelfen will. Dies ist allerdings bei Behandlungen zur Erhaltung der Funktionen (bzw. der Erwerbsfähigkeit) – wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zutreffend ausgeführt hat (A-act. II 1160 S. 7 Ziff. 27) – im Fall der im Unfallzeitpunkt bereits seit Jahren im ordentlichen AHV-Alter stehenden und nicht mehr erwerbstätigen Beschwerdeführerin (vgl. A-act. II 1082 S. 4 "Arztpraxis") nicht mehr durch die Unfallversicherung zu übernehmen (vgl. Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG sowie E. 2.5 letzter Absatz hiervor).

Im Bericht von Prof. Dr. med. H._____ vom D._____ vom 11. März 2020 (M-act. II 22) wird zwar von gewissen subjektiv empfundenen Verbesserungen der Beschwerdeführerin berichtet, jedoch – objektiv betrachtet – ohne Schilderung namhafter Verbesserungen. Es wurde dabei (S. 2

am Schluss) sogar auf eine (wiederum mögliche) Verschlechterung der Handfunktion hingewiesen; bei subjektiver Feststellung einer solchen könne sich die Beschwerdeführerin wieder melden. Im Bericht von Dr. med. I. _____ vom D. _____ vom 23. März 2020 (M-act. II 23) wird von einem guten Allgemeinzustand berichtet, wobei die sensomotorischen Defizite (soweit beurteilbar) stationär geblieben seien. Funktionell wird für die Vergangenheit nochmals eine deutliche Verbesserung geschildert. Für die Zukunft (ab März 2020) wird allerdings einzig noch das Gehen mit zwei Walking-Stöcken (zur Verbesserung der Propriozeption und für eine bessere Körperhaltung) als bloss noch graduelle Verbesserung empfohlen. Die Übrigen Therapie(n) (u.a. Akupunktur) sind offensichtlich auf die Erhaltung des bisher Erreichten gerichtet, ohne dass eine namhafte Verbesserung noch überwiegend wahrscheinlich erschiene. Zudem gelten ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Entscheid des BGer vom 22. September 2016, 8C_306/2016, E. 5.3).

Die Reaktion von Dr. med. G. _____ vom 21. August 2020 (M-act. II 25) auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. C. _____ vom 29. Juni 2020 (M-act. II 24) bestätigt im Übrigen, dass er für die Beschwerdeführerin Partei ergriffen hat (allerdings schildert er das Verbesserungspotential einzig mit Blick auf die Vergangenheit). Dass er irrtümlich der Meinung ist (vgl. E. 4.3 hiervor), die Unfallversicherung müsse auch Restbeschwerden des Ereignisses vom 18. November 2018 unbesehen des Kriteriums der "namhaften Besserung" unbefristet übernehmen, zeigt sich sodann klar in seinem Bericht vom 22. Oktober 2020 (M-act. II 29), wo er nicht mehr von "Verbesserungspotential" schreibt, sondern (S. 2 am Schluss) festhält, die Fortsetzung eines intensiven ambulanten Therapiesettings mit Physio- und Ergotherapie sei zwingend erforderlich, um einer weiteren Dekonditionierung entgegen zu wirken.

Auch die übrigen Arztberichte belegen nicht, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne einer hypothetischen Verbesserung/Wiedererlangung der

Arbeitsfähigkeit zu erwarten wäre, wobei nach dem Erlass des Einspracheentscheides vom 17. Juni 2021 (A-act. II 1160) verfasste Arztberichte (grundsätzlich) nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind, soweit sie keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (vgl. E. 2.10 hiavor). Betreffend der Berichte von Dr. med. J. _____ sei auf die Ausführungen in E. 4.3 hiavor verwiesen.

Aus urologischer Sicht empfahl Prof. Dr. med. K. _____ im Bericht vom 13. Januar 2021 (M-act. II 31) nur für den Fall einer Zunahme des Restharns eine erneute Akupunkturbehandlung oder ein apparatives Biofeedback zur Relaxation des Beckenbodens. Weitergehende Behandlungsempfehlungen sind diesem Bericht nicht zu entnehmen. Schliesslich wurde im Bericht von Dr. med. I. _____ vom 1. Februar 2021 (M-act. II 30) von einem stationären Zustand hinsichtlich der neurologischen Defizite berichtet und erwähnt, sollte die Therapiefrequenz reduziert werden, sei mit einer Verschlechterung des medizinisch-rehabilitativen Zustandes zu rechnen. Auch im Bericht von Dr. med. PhD L. _____ vom 28. Januar 2022 (act. Ia 19) wird von einem aus neurologischer Sicht stabilen Zustand berichtet. Und Dr. med. F. _____ hielt im Bericht vom 18. Januar 2022 (act. Ia 17) fest, eine Wiedererlangung der Mobilität im Bereich der HWS wie vor der Stabilisation sei durch die stattgehabte Fusion wie auch den Unfallmechanismus nicht mehr möglich.

Was den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 4. August 2021 (act. Ia 15) betrifft, ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten (Duplik S. 3 Ziff. 8), dass Dr. med. E. _____ als Facharzt für Intensivmedizin nicht über die im vorliegenden Zusammenhang notwendigen Facharztstitel verfügt und ihm zudem lediglich zwei Arztberichte für die Verfassung seiner Stellungnahme vorlagen (vgl. act. Ia 15), womit seine Einschätzung nicht auf den vollständigen Akten beruht und insgesamt höchstens reduziert beweiskräftig ist.

Die übrigen mit der Replik eingereichten Arztberichte (act. Ia 12 - 14) lagen Dr. med. C. _____ für sein Aktengutachten vom 29. Juni 2020 (M-act. II 24) bereits vor (vgl. M-act. II 21 - 23), wobei bei dem mit der Replik eingereichten Bericht von Dr. med. G. _____ vom 29. Januar 2020 (act. Ia 14 bzw. M-act. II 19) offenbar versehentlich die zweite Seite des Berichts von

Dr. med. G. _____ vom 25. März 2020 beigelegt wurde (vgl. M-act. II 21).

Damit ergeben sich auch aus den nach der Aktenbeurteilung von Dr. med. C. _____ vom 29. Juni 2020 (M-act. II 24) erstellten Berichten keine Hinweise darauf, dass von einer weiteren ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten wäre. Vielmehr dienen bzw. dienen die empfohlenen Massnahmen allein der Erhaltung des bisher erreichten Zustandes und sind damit nicht (mehr) durch die Unfallversicherung zu übernehmen.

Der medizinische Sachverhalt erweist sich somit als rechtsgenügend abgeklärt und damit vorliegend überwiegend wahrscheinlich erstellt. In antizipierter 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) kann somit entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Rechtsbegehren Ziff. 2) auf weitere Abklärungen verzichtet werden.

4.5 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass per Ende Juli 2020 von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes – bezogen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 2.5 hiervor) – mehr erwartet werden konnte, auch wenn die Weiterführung der Therapien zur Erhaltung des Erreichten sinnvoll erscheint. Mit dem Fallabschluss entfällt jedoch der UV-rechtliche Anspruch auf Heilbehandlung.

4.6 Nach dem Dargelegten ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom 18. November 2018 die Heilbehandlung und die Taggelder per 31. Juli 2020 eingestellt hat. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61^{fbis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
 - 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.