

200 21 864 UV  
SCP/ISD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 20. Juni 2022**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Isliker

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsdienst B. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG**  
Direktion Bern, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 10. November 2021 (... - UVG)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1970 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), Staatsangehöriger von ... und seit Februar 2014 in der Schweiz wohnhaft, war vom 1. Oktober 2016 bis zum 31. Mai 2018 bei der D.\_\_\_\_\_ GmbH, ...-..., vollschichtig als ... in der ... und im ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Am 22. Dezember 2017 erlitt er in ... einen Sturz auf den Hinterkopf (Akten der Mobiliar, Antwortbeilage [AB], Register [nachfolgend: Reg.] 1 pag. 1 f., Reg. 2); die Schadenmeldung ging bei der Mobiliar am 26. Februar 2020 ein (vgl. AB Reg. 2). Die Mobiliar traf medizinische Abklärungen, insbesondere holte sie die Akten der Invalidenversicherung (IV; AB Reg. 5 Nr. 1-50) sowie mehrere vertrauensärztliche Stellungnahmen (vgl. AB Reg. 3 pag. 12, 14, 37-57, 61-64, 68-71) ein, und lehnte mit Schreiben vom 31. März 2020 (AB Reg. 1 pag. 12 f.) bzw. Verfügung vom 16. August 2020 (AB Reg. 1 pag. 24-26) einen über den 7. September 2018 hinausgehenden Anspruch auf Versicherungsleistungen ab, da die fortwährenden Beschwerden nicht mehr auf das Ereignis vom 22. Dezember 2017 zurückzuführen seien. Die dagegen erhobene Einsprache (AB Reg. 1 pag. 32 f.) wies sie – nach wiederholter Gewährung des rechtlichen Gehörs zu weiteren Abklärungen (vgl. AB Reg. 1 pag. 64-66, 75) – mit Einspracheentscheid vom 10. November 2021 (AB Reg. 1 pag. 82-98) ab.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch C.\_\_\_\_\_ vom Rechtsdienst B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 13. Dezember 2021 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie die Zusprache von Leistungen; eventualiter sei die Arbeitsfähigkeit medizinisch näher abzuklären.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

### **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 10. November 2021 (AB Reg. 1 pag. 82-98). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 22. Dezember 2017 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Leistungen per 7. September 2018 einstellte und einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte.

**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** 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).

**2.2** 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).

**2.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität 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 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

**2.2.2** 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 befinden hat. Die blossе 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).

**2.2.3** 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 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

**2.3** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so liegt eine richtunggebende Verschlimmerung vor (SVR 2019 IV Nr. 9 S. 27 E. 3.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender

ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbezüglicher natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

**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).

### **3.**

**3.1** Fest steht und zwischen den Parteien zu Recht unbestritten ist, dass das Ereignis vom 22. Dezember 2017 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs (vgl. vorne E. 2.1) erfüllt. Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht per 7. September 2018 vom Erreichen eines status quo sine ausging und mit Wirkung ab 8. September 2018 einen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Unfall vom 22. Dezember 2017 verneinte. Dabei ist zwischen den Parteien insbesondere umstritten, ob das Unfallereignis vom 22. Dezember 2017 zu einer richtunggebenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens geführt hat.

**3.2** Den medizinischen Akten ist hinsichtlich des Unfallereignisses vom 22. Dezember 2017 im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht vom 22. Dezember 2017 (AB Reg. 3 pag. 1 f.; ..., teilweise unlesbarer Bericht; Übersetzung gemäss AB Reg. 3 pag. 43 und 55) diagnostizierte Dott. E. \_\_\_\_\_, Spec. in Orthopaedia e Traumatologia, ein Kontusions-/Distorsionstrauma der HWS. Bei der gleichentags durchgeführten Kontrolle habe der Beschwerdeführer Schmerzen bei der HWS-Bewegung und lokale Schmerzen in der Region (auf Höhe) C4/5 beklagt.

Empfohlen werde eine radiologische Abklärung der HWS. Zur Behandlung seien ein Halskragen für zwei Wochen und Muskelrelaxantien sowie Analgetika verordnet worden. Der Beschwerdeführer habe am gleichen Tag entlassen werden können. Neurologische Defizite oder eine unfallbedingt verursachte Diskushernie würden im Bericht gemäss der vertrauensärztlichen Übersetzung nicht beschrieben (vgl. dazu AB Reg. 3 pag. 43).

**3.2.2** Im Bericht vom 18. Oktober 2018 (AB Reg. 3 pag. 3-5) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, fest, bei klinisch hochgradigem Verdacht auf eine Myelopathie mit bereits vorhandenen Pyramidenbahnzeichen linksbetont, leichter Kraftasymmetrie der Arme zu Ungunsten von links, links spastischem Gangbild und acralen Sensibilitätsstörungen habe radiologisch eine hochgradige zervikale Spinalkanalstenose auf Höhe HWK3/4 mit konsequenter Myelopathie bestätigt werden können (pag. 3). Anamnestisch bestünden unter anderem seit drei bis vier Jahren immer wieder ein leichtes Taubheitsgefühl der Hände und in den letzten Monaten ein anhaltendes Sensibilitätsdefizit. Nach einem Sturz nach Hinten von einem ... im Dezember 2017 sei es zu einer deutlichen Akzentuierung der Symptomatik gekommen. Eine nochmalige Beschleunigung der Störung ohne eruihbaren Auslöser habe vor vier bis fünf Monaten stattgefunden (pag. 5).

**3.2.3** Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 24. Oktober 2018 (AB Reg. 3 pag. 6) eine traumatisierte (Sturz auf den Hinterkopf im Dezember 2017) Myelopathie C3/4 bei ventro-dorsaler Kompression (diskogen) und eine Diskusprotrusion C5/6, weniger C4/5 und C6/7 (familiäre Belastung mütterlicherseits).

**3.2.4** Am 1. November 2018 erfolgte eine Operation mit partieller Laminektomie C3/4 paramedian links und ventraler Diskektomie C3/4 sowie Stabilisation mittels Tantal-Cage/Invizia-Platte. Der Beschwerdeführer wurde in der Folge am 4. November 2018 mit blanden und reizlosen Wundverhältnissen aus dem Spital nach Hause entlassen (AB Reg. 3 pag. 29 f.).

**3.2.5** Im Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 28. Mai 2019 (AB Reg. 5 Nr. 11/12 f.) führte Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer habe zwar seit Jahren etwas Kribbelparästhesien an den

Händen gehabt, die Situation sei aber erst nach einem heftigen Sturz auf den Hinterkopf im Dezember 2017 dekompensiert. Beim Beschwerdeführer liege mütterlicherseits eine Veranlagung für Diskopathien vor. Die Gefühlsstörungen in den Fingern könnten auch durch die objektivierten Bandscheibenprotrusionen, beispielsweise auf Niveau C5/6, bedingt gewesen sein (pseudoradikuläre Phänomene). Der massive Sturz auf den Hinterkopf im Dezember 2017 habe neu eine traumatische Diskuskernie C3/4 ausgelöst mit konsekutiver Kompression des Rückenmarks. Die massive Rückenmarkskompression mit objektivierten Veränderungen des Rückenmarks müssten sturzbedingt verursacht sein. Bandscheibenvorfälle auf Höhe C3/4 seien viel seltener als solche in der mittleren HWS und eine so massive Myelopathie sei schwerlich erklärbar durch einen einfachen krankheitsbedingten Faktor. Das Trauma habe eine entscheidende Rolle gespielt bei der Entstehung der Pathologie der schweren Myelopathie, selbst auf dem Boden einer eventuell vorbestehenden kleinen Diskushernie.

**3.2.6** Im Bericht vom 1. Oktober 2019 (AB Reg. 3 pag. 7 f.) diagnostizierte Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ eine persistierende Feinmotorik-Störung mit leicht spastisch-ataktischem Gang bei traumatischer Myelopathie C3/4 mit ventro-dorsaler diskogener Kompression nach Sturz auf den Hinterkopf im Dezember 2017, eine im November 2018 erfolgte ventro-dorsale Dekompression mit partieller Laminektomie C3/4 paramedian links und ventraler Diskektomie C3/4 sowie Stabilisation mit Cage-Platte, Diskusprotrusionen C5/6, diskret C4/5 und C6/7 (familiäre Belastung mütterlicherseits) und eine linkskonvexe leichtgradige Skoliose der LWS bei Beckenschiefstand (LWS-Röntgen vom 14. Mai 2019). Der Beschwerdeführer präsentiere sich weitgehend in unverändertem Zustand. Es liege ein chronisches mässiggradiges Defekt-Syndrom bei bekannter persistierender Myelopathie vor. Der Beschwerdeführer sei zu 50 % im ... arbeitsfähig, erschöpfe sich aber nach einem halbtägigen Einsatz und sei nicht mehr in der Lage, ein längeres Pensum durchzuziehen. Es persistiere weiterhin eine linksbetonte leichte spastisch-ataktische Störung. Das Gangbild sei nicht frei und die Prognose sei ungewiss. Von einer restitutio ad integrum könne nicht mehr ausgegangen werden (sog. Defekt-Heilung). Mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit könne nicht mehr gerechnet werden.

**3.2.7** Im Bericht vom 24. Februar 2020 (AB Reg. 3 pag. 10 f.) hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, fest, der Beschwerdeführer habe sich am Unfalltag (22. Dezember 2017) in ... erstmals behandeln lassen. Im Nachgang zum Unfall sei es dem Beschwerdeführer wieder besser gegangen und er habe wieder gearbeitet. In hausärztlicher Behandlung sei er seit dem 7. September 2018 wegen Parästhesien und Schulternackenschmerzen, welche vermutlich durch den Sturz auf den Hinterkopf im Dezember 2017 ausgelöst worden seien. Trotz initial nicht gemachtem Zusammenhang mit dem Unfall erscheine dieser nachträglich sehr wohl wahrscheinlich.

**3.2.8** Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in der Stellungnahme vom 18. März 2020 (AB Reg. 3 pag. 12) fest, es liege beim Beschwerdeführer ein Vorzustand in Form einer ausgeprägten Spinalkanalstenose mit cervicalen Myelopathie vor. Die gesundheitlichen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den am 22. Dezember 2017 erlittenen Sturz zurückzuführen, wobei der Status quo sine per 7. September 2018 erreicht sei.

**3.2.9** Im Schreiben vom 23. April 2020 (AB Reg. 3 pag. 13) wandte Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ ein, gegen die Annahme eines Vorzustandes spreche, dass der Beschwerdeführer vor dem Sturz asymptomatisch gewesen sei und eine schleichende krankheitsbedingte Manifestation einer ausgeprägten schweren Diskushernie auf Segmenthöhe C3/4 mit Rückenmarkskompression und anschliessender Myelopathie ein sehr unwahrscheinliches Krankheitsbild darstelle. Dieser Zustand könne nicht vorbestanden haben. Eine allfällige leichte Diskusschädigung ohne klinische Manifestation sei irrelevant, da diese keineswegs zu einer Rückenmarksschädigung hätte führen können. Es sei nicht ungewöhnlich, dass eine Rückenmarksschädigung, die sich nicht gleich als massives Querschnittssyndrom manifestiere, eine schleichende Dekompensation über Monate bis wenige Jahre hinweg zeige. Dies gelte sowohl im Halsmark als auch im Thorakalmark. Die zeitliche Dynamik könne ebenso wenig als Argument für einen Status quo ante verwendet werden wie die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seine Arbeit wieder aufgenommen habe. Er sei funktionell schrittweise im-

mer mehr eingeschränkt worden und weiterhin 50 % arbeitsfähig. Es sei bereits im September 2018 eine irreversible schwere Rückenmarksschädigung festgestellt worden. Aus diesen Gründen sei davon auszugehen, dass der schwere Sturz auf den Hinterkopf in der Generierung des persistierenden neurologischen Defektzustandes der entscheidende Faktor sei.

**3.2.10** In einer zweiten Stellungnahme vom 16. Juni 2020 (AB Reg. 3 pag. 14) hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, fest, entgegen der Aussage von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer vor dem Ereignis von Dezember 2017 nicht asymptomatisch gewesen, sondern habe im Oktober 2018 unter anderem ein seit drei bis vier Jahren zunehmendes Taubheitsgefühl in den Fingern, eine zunehmende Gangstörung und auch Schmerzen im Schultergürtel beidseits beschrieben. Es liege damit ein massiver Vorzustand vor. Den bildgebenden Befunden vom 6. November 2018 liege eine cervicale spondylotische Myelopathie zugrunde, mithin eine degenerative Erkrankung. Auch ohne das Ereignis von Dezember 2017 sei von einer allmählichen Zunahme der genannten Symptome mit etwaigen Schwankungen (Verbesserung/Verschlimmerung) im Krankheitsverlauf auszugehen. Eine richtunggebende Verschlimmerung nach dem Ereignis von Dezember 2017 könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt werden. Im Übrigen beweise die Aussage, dass die Abklärungen im September 2018 bereits eine irreversible schwere Rückenmarksschädigung nachgewiesen hätten, nicht, dass das Ereignis von Dezember 2017 die Hauptursache für den aktuellen gesundheitlichen Zustand sei, zumal die Hausärztin mitgeteilt habe, dass es dem Beschwerdeführer in der Folge besser gegangen sei und er wieder gearbeitet habe.

**3.2.11** Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 25. Juni 2020 (AB Reg. 3 pag. 15) fest, die Ausführungen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (vgl. dazu AB Reg. 3 pag. 14) seien nicht überzeugend. Tatsächlich habe der Beschwerdeführer seit einem Zeitraum von drei bis vier Jahren bestehende Symptome angegeben, welche durch degenerative Veränderungen der HWS bedingt sein könnten. Der Beschwerdeführer sei aber 100 % arbeitsfähig und im Alltag nicht behindert gewesen. Die manifesten Störungen hätten keinen bedeutenden Einfluss auf den Tagesablauf gehabt. Das

heftige Trauma von Dezember 2017 habe die Symptomatik massiv verstärkt und eine progressive Verschlechterung der Diskopathie verursacht. Selbst wenn eine leichte zervikale Myelopathie bestanden hätte, so habe das Trauma zu einer massiven progressiven Verschlechterung der Myelopathie geführt, was bildgebend objektiviert sei. Diese definitiven strukturellen Schäden am Rückenmark seien sicherlich durch das heftige Trauma auf den Hinterkopf ausgelöst wurden und seien in diesem Fall nicht durch die degenerative HWS krankheitsbedingt. Sei es nun mit oder ohne die diskrete vorbestehende Myelopathie, das Trauma habe eine Schlüsselrolle in der weiteren Symptomentwicklung bis hin zur Operation gespielt und zur aktuell eingeschränkten Arbeitsfähigkeit geführt.

**3.2.12** Im Aktengutachten vom 18. Februar 2021 (AB Reg. 3 pag. 37-57) hielt der Vertrauensarzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, zusammenfassend fest, mit dem am 22. Dezember 2017 erlittenen Sturz auf den Hinterkopf sei es nicht zu einer richtunggebenden Verschlimmerung der degenerativ bedingten Veränderungen der HWS gekommen. Der Beschwerdeführer habe anschliessend an den Unfall knapp neun Monate als ... in einem ... arbeiten können und es sei in diesem Zeitraum zu keinen ärztlichen Konsultationen gekommen. Es bestehe ein unfallunabhängiges, degeneratives, progredientes Leiden der oberen HWS mit einer zervikalen Myelopathie, das bereits vor fünf bis sechs Jahren begonnen und inzwischen zu einer Operation geführt habe. Die Ausführungen von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ seien nicht schlüssig und berücksichtigten vor allem die Echtzeitchronologie nicht. Die Tatsache, dass es nach dem Sturz zu einem behandlungsfreien Intervall von knapp neun Monaten gekommen sei, Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aber gleichzeitig von einer sturzbedingten Dekompensation ausgehe, sei eine inhaltliche und sprachliche Verzerrung des Sachverhaltes. Insbesondere könne nicht davon ausgegangen werden, dass es mit dem Sturz auf den Hinterkopf im Dezember 2017 zu Rückenmarksschäden in Form einer "snake eye appearance" gekommen sei. Mit einem derartigen schweren bilateralen Schaden des Rückenmarks, insbesondere auch der Vorderhornzellen, wäre es sofort – zu 100 % – zu schweren neurologischen Ausfällen gekommen, die aber nicht aufgetreten seien (pag. 38).

Weiter hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fest, gemäss den handschriftlichen Angaben von Dott. E. \_\_\_\_\_ sei es am 22. Dezember 2020 (recte: 2017) zu einem Sturz auf den Hinterkopf gekommen mit einer Kontusion und Distorsion der HWS. Die zervikale Beweglichkeit sei schmerzhaft und eingeschränkt und die HWS sei auf Höhe C4/C5 druckschmerzhaft gewesen, ohne dass zusätzliche neurologische Defizite bestanden hätten. Insbesondere hätten keine Hinweise für eine sturzbedingte zervikale Diskushernie bestanden und es hätten keine Befunde vorgelegen, die an eine Rückenmarksschädigung denken liessen. Dementsprechend habe der Beschwerdeführer auch gleichentags entlassen werden können. Aus den weiteren Unterlagen zu den im Oktober 2018 sowie erneut im März 2020 durchgeführten sensomotorisch-neurologischen Abklärungen (vgl. dazu AB Reg. 3 pag. 3-5, 34 f.), mit welchen eine alle vier Extremitäten betreffende Myelopathie habe nachgewiesen werden können, ergäben sich keine neuen Erkenntnisse in Bezug auf die Kausalität der persistierenden Beschwerden. Es handle sich dabei um ein eigenständiges Krankheitsbild, das mit dem Ereignis vom 22. Dezember 2017 nicht richtunggebend verschlimmert worden sei. Die Festlegung des Status quo sine per 7. September 2018 sei unter diesen Umständen zweifelsfrei richtig (pag. 37 f.).

**3.2.13** Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 30. März 2021 (AB Reg. 3 pag. 58-60) zur vertrauensärztlichen Beurteilung von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2021 (AB Reg. 3 pag. 37-57) im Wesentlichen aus, beim Beschwerdeführer liege ohne Zweifel eine degenerative Pathologie der HWS in Form einer segmentalen Instabilität, mehrsegmentalen Diskopathien und auch spondylarthrotischen Veränderungen vor. Der Sturz auf den Hinterkopf am 22. Dezember 2017 habe das Zustandsbild deutlich verschlechtert, das heisse die typischen degenerativen Diskopathiesymptome hätten sich nach dem Unfall mit Erschütterung des eingeklemmten Halsmarks durch eine zusätzliche Translationsbewegung bei objektivierter segmentaler Instabilität C3/4 in Myelopathiesymptome transformiert. Daraufhin habe sich nach einer Zwischenstabilisierung etwa fünf bis sechs Monate später eine fortschreitende Verschlechterung eingestellt, die schliesslich zur Diagnostik und zur chirurgischen Therapie des Zustandsbildes geführt habe. Der Unfall vom 22. Dezember 2017 spiele mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine kausal dominierende Rolle in der

Generierung der Myelopathie, da das Segment C3/4 in den 2018 erhobenen Bildgebungen eine objektivierte Instabilität aufweise und dieses damit noch vulnerabler sei für eine traumatische Quetschung des Rückenmarks im Rahmen einer sturzbedingten schnellen Translationsbewegung (pag. 58).

**3.2.14** In der Stellungnahme 30. April 2021 (AB Reg. 3 pag. 61-64) führte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in Bezug auf die Ausführungen von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 30. März 2021 (AB Reg. 3 pag. 58-60) im Wesentlichen aus, das vom behandelnden Arzt immer wieder wiederholte Postulat, dass es mit dem Ereignis vom 22. Dezember 2017 zu einer deutlichen unfallbedingten Akzentuierung und damit zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen sei, lasse sich in keiner Weise auf die Akten stützen. Dass durch den Unfall "die Kaskade der Myelopathie" verursacht worden sei, sei in keiner Weise nachzuvollziehen, wenn der Beschwerdeführer nach dem Unfall während sieben Monaten keinen Arzt aufgesucht habe, bei der anschliessend ersten Arztkonsultation nicht einmal den Unfall erwähnt habe, er zwischenzeitlich nie arbeitsunfähig gewesen sei, sogar noch im Juni 2018 eine neue 100 %-Stelle als ... in der ... und im ... angetreten habe, was er nicht hätte machen können, wenn er schon seit sieben Monaten an Gleichgewichtsstörungen, Arm/Schulter-Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, Kältegefühlsstörungen sowie einem Kraftverlust gelitten hätte. Vor dem Hintergrund dieses Verlaufes könne nicht davon ausgegangen werden, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall von Dezember 2017 zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen sei. Es habe sich über Jahre eine degenerativ bedingte Spinalkanalstenose entwickelt, die schon seit drei bis vier Jahren Symptome verursacht und die sich dann krankheitsbedingt in typischer Form zunehmend verschlimmert habe (pag. 61 f.).

**3.2.15** In einer weiteren Stellungnahme vom 27. Mai 2021 (AB Reg. 3 pag. 65-67) hielt Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zusammenfassend fest, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege eine posttraumatisch manifeste Myelopathie vor. Dass es sich um ein Mischbild mit eindeutig mehrsegmentalen degenerativen Anteilen handle, könne nicht als Gegenargument verwendet werden, weil es unwahrscheinlich sei, dass die mässig grosse Dis-

kusprotrusion C3/4 ohne deutliche segmentale Instabilität zu einer so ausgeprägten Pathologie einer Myelopathie mit Schlangenaugenphänomen geführt hätte. Es brauche den Zusatzfaktor eines akuten axialen Translationsstraumas, das den segmentalen diskalen und ligamentären Apparat soweit geschwächt habe, dass daraus eine sekundäre Instabilität entstanden sei, und zwar mit einem Ausmass von Retroglissement, das mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine daraus resultierende Myelopathie induziert habe. Der Mechanismus über die Gefügelockerung erkläre gut den prozesshaften schrittweisen Ablauf der Generierung der Myelopathie. Ein Sturz auf den Hinterkopf sei sehr gefährlich und könne zu schweren Quetschungen des Kleinhirns, des Hirnstamms, aber auch des oberen Halsmarks führen. Nicht selten resultierten daraus Kleinhirn-, Hirnstamm- und Halsmarkkontusionen, auch mit Einblutungen, die zum Tod des Verunfallten führen könnten. Man dürfe also die destruktive Kraft, die in einem solchen Unfallmechanismus stecke, keineswegs unterschätzen. Im aktuellen Fall sei die Verletzung noch glimpflich abgelaufen, es sei zunächst lediglich zu einer Gefügelockerung C3/4 mit einer leichten Erschütterung des Halsmarks gekommen, woraus sich dann aber schrittweise eine progressive Myelopathie entwickelt habe (pag. 65).

**3.2.16** In der abschliessenden Stellungnahme vom 16. Juli 2021 (AB Reg. 3 pag. 68-71) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fest, für die von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ postulierte leichte Commotio spinalis cervicalis anlässlich des Unfalls ergäben sich keine Hinweise und es seien keine entsprechenden neurologischen Symptome beschrieben worden. Auch sei es beim Unfall von Dezember 2017 nicht zu einer zervikalen Verletzung mit Beteiligung des Myelons gekommen, da weder Rückenmarkssymptome noch Hinweise für einen Bandschaden, geschweige denn einen Bandscheibenschaden, bestanden hätten. Das Fehlen dadurch ausgelöster Symptome schliesse die von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ postulierten klinischen Hypothesen von vornherein aus. Der Beschwerdeführer habe in ... nur einmal am Unfalltag Dott. E. \_\_\_\_\_ konsultiert, ohne dass neurologische Auffälligkeiten bestanden hätten oder weitere Konsultationen in ... erfolgt wären. Auch nach der Rückkehr des Beschwerdeführers in die Schweiz am 5. Januar 2018 habe er keinen Arzt aufgesucht und sei für die nächsten zehn Monate in der ... voll arbeitsfähig gewesen. Die vom behandelnden Arzt

angenommene sturzbedingte Exazerbation und massive Verschlimmerung vorbestehender leichter Symptome sei in sich widersinnig. Aufgrund des Verlaufes mit einer erstmaligen hausärztlichen Konsultation neun Monate nach dem Unfall sei eine richtunggebende Verschlimmerung des zervikalen Vorzustandes mit einer sturzbedingten Gefügelockerung von C3/4 nicht ansatzweise begründbar. Der Beschwerdeführer sei nicht einmal auf Analgetika angewiesen gewesen und habe sogar noch im Juni 2018 eine neue Stelle in einem Vollzeitpensum angenommen. Alle initial involvierten Ärzte einschliesslich Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ selbst hätten ausgeführt, dass der Beschwerdeführer seit drei bis vier Jahren symmetrisch zunehmende Taubheitsgefühle in den Fingern entwickelt habe. Daneben seien eine zunehmende Gangstörung und eine Kraftasymmetrie aufgetreten. Nur Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ habe ausgeführt, dass es mit dem Sturz auf den Hinterkopf zu einer massiven Exazerbation dieser Symptome gekommen sei. Diese Ausführungen liessen sich aufgrund des Echtzeitverlaufes der vorliegenden Dokumente nicht belegen. Im MRI vom 6. November 2018 seien radiologisch zudem klare Verhältnisse beschrieben, ohne jegliche Hinweise für posttraumatische Schäden. Es lägen mehrsegmentale, degenerativ bedingte Schäden vor in den Segmenten C3/4 und C4/5. Auf Höhe C3/4 habe unter anderem ein nach dorsal gerichteter Spondylophyt der Deck- und Bodenplatte bestanden, der zur absoluten Spinalkanalstenose mit bereits eingetretener Myelopathie auf dieser Höhe geführt habe. Damit lägen degenerativ bedingt osteochondrotische Schäden vor, die sich im Laufe der Zeit sukzessive verschlimmert hätten, ohne dass es mit dem Ereignis von Dezember 2017 zu einer temporären oder zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen wäre. Auch unter Berücksichtigung der medizinischen Literatur ergebe sich ganz klar, dass es nicht zu einem posttraumatischen zervikomedullären Syndrom gekommen sei.

**3.3** 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 Her-

kunft 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).

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; Entscheid des BGer vom 15. April 2021, 8C\_672/2020, E. 2.3). 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 (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Urteilt das Gericht abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

### **3.4**

**3.4.1** In medizinischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. November 2021 (AB Reg. 1 pag. 82-98) im Wesentlichen auf die vertrauensärztlichen versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilungen von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2021 (AB Reg. 3 pag. 37-57), vom 30. April 2021 (AB Reg. 3 pag. 61-64) und vom 16. Juli 2021 (AB Reg. 3 pag. 68-71). Diese erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsinternen medizinischen Aktenbeurteilung (vgl. E. 3.3) und überzeugen. Die Beurteilungen erfassen den gesamten massgeblichen medizinischen Sachverhalt und der Vertrauensarzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_ stützte sich auf einen lückenlosen medizinischen Befund inklusive der wiederholten apparativen und bildgebenden Abklärungen (vgl. dazu AB Reg. 3 pag. 3-5, 9, 17-23, 34 f.). Gestützt darauf sowie in umfassender Auseinandersetzung

mit der abweichenden Beurteilung von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ (vgl. AB Reg. 3 pag. 15, 31, 58-60, 65-67, Reg. 5 Nr. 11/10 f.; siehe dazu E. 3.4.2 hiernach) legte er vorab in der zusammenfassenden fachärztlichen Beurteilung vom 18. Februar 2021 (AB Reg. 3 pag. 37-57) einlässlich und schlüssig begründet dar, dass es durch den Unfall vom 22. Dezember 2017 mit Sturz auf den Hinterkopf (vgl. dazu AB Reg. 2) gestützt auf die echtzeitlichen medizinischen Unterlagen und in Anbetracht des weiteren Arbeits- und Behandlungsverlaufs nicht zu einer richtunggebenden Verschlimmerung der vorbestandenen degenerativ bedingten Veränderung der HWS gekommen ist und der Sturz vom 22. Dezember 2017 namentlich zu keiner traumatischen Schädigung des Rückenmarks geführt haben kann (AB Reg. 3 pag. 38), mithin die nach der Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 7. September 2018 geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (als Teilursache) auf den Unfall vom 22. Dezember 2017 zurückgeführt werden können. Im Gegenteil zeigte Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in umfassender Würdigung der bildgebenden Unterlagen und der echtzeitlichen medizinischen Unterlagen sowie in vertiefter Auseinandersetzung mit der einschlägigen medizinischen Fachliteratur (vgl. dazu AB Reg. 3 pag. 39-41, 68 f.) anschaulich auf, dass die am 1. November 2018 operativ versorgte (vgl. AB Reg. 3 pag. 30) zervikale Myelopathie C3/4 ein seit drei bis vier Jahren vor dem Unfall vorbestandenes, unfallunabhängiges, degenerativ-progredientes Leiden darstellte, welches sich in typischer Form krankheitsbedingt verschlimmert hatte (AB Reg. 3 pag. 38, 61). Die vertrauensärztlichen Beurteilungen berücksichtigen dabei die medizinischen Zusammenhänge, die echtzeitlichen Angaben des Beschwerdeführers und der behandelnden Ärzte und sind widerspruchsfrei sowie inhaltlich überzeugend. Hinzu kommt, dass Dr. med. J.\_\_\_\_\_ als vormaliger langjähriger Kreisarzt der Suva (vgl. AB Reg. 3 pag. 64) nach seiner dort innegehabten Funktion und beruflichen Stellung im Bereich der Chirurgie im Bereich der Unfallmedizin ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilte und therapeutisch begleitete, sodass er über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen verfügt (vgl. Entscheid des BGer vom 24. Oktober 2019, 8C\_316/2019, E. 5.4).

**3.4.2** Im Rahmen der vertrauensärztlichen Beurteilungen setzte sich Dr. med. J. \_\_\_\_\_ wiederholt und detailliert mit der abweichenden Einschätzung des behandelnden Neurochirurgen, Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (vgl. AB Reg. 3 pag. 15, 31, 58-60, 65-67, Reg. 5 Nr. 11/10 f.), auseinander und legte dabei im Einzelnen einlässlich begründet dar, dass es gemäss den Angaben des erstbehandelnden Arztes direkt nach dem Sturz am 22. Dezember 2017 zu einer Beschwerdesymptomatik der HWS im Segment C4/5 gekommen ist (vgl. AB Reg. 3 pag. 1 f.), wobei dem Beschwerdeführer nach einer ambulanten Überwachung während einiger Stunden lediglich ein Halskragen während zwei Wochen und Muskelrelaxantien sowie Analgetika verschrieben wurden, er gleichentags wieder entlassen werden konnte (vgl. AB Reg. 3 pag. 1 f.) und bis zur Konsultation der Hausärztin im September 2018 weder eine Arztkonsultation stattfand noch eine unfall- oder anderweitig bedingte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgewiesen ist (vgl. AB Reg. 3 pag. 43 f.). Entgegen der Darstellung von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (vgl. AB Reg. 3 pag. 58, 65) ist eine traumatische Genese bzw. Aktivierung der erst am 17. Oktober 2018 bildgebend nachgewiesenen schweren degenerativen und diskogenen zervikalen Spinalkanalstenose mit konsekutiver Myelopathie auf Höhe C3/4 (AB Reg. 3 pag. 3 f., vgl. auch pag. 42) gemäss den überzeugenden Ausführungen von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ angesichts der initialen Beschwerdesymptomatik ohne sofortige und/oder schwere neurologische Defizite, der fehlenden weiterführenden unfallnahen Behandlung und der zwischenzeitlichen Beschwerdelinderung bei durchwegs vollständig erhaltener Arbeitsfähigkeit in einer körperlich belastenden Tätigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Im ursprünglich beim Unfall vom 22. Dezember 2017 betroffenen Diskus C4/5 (vgl. AB Reg. 3 pag. 2) stellte Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ denn auch selbst in der Beurteilung vom 1. Oktober 2019 (AB Reg. 3 pag. 8) bei einer zusätzlich bestehenden familiären Belastung mütterlicherseits lediglich diskrete Befunde fest. Dies wiederum spricht ebenfalls gegen eine akute traumatische Genese respektive eine richtunggebende Verschlimmerung der den HWS-Bereich C3/4 betreffenden Beschwerdesymptomatik.

**3.4.3** Ebenso kann der der von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vertretenen Ansicht, dass es durch den Unfall vom 22. Dezember 2017 zu einer

schrittweisen Progredienz der Beschwerden gekommen sei (vgl. AB Reg. 3 pag. 59), angesichts der echtzeitlichen Angaben des Beschwerdeführers im Oktober 2018, wonach im Frühjahr 2018 (vor vier bis fünf Monaten) es zu einer Beschleunigung der Beschwerdesymptomatik ohne eruierbaren Auslöser gekommen sei (AB Reg. 3 pag. 5), nicht gefolgt werden. Vielmehr basieren die Ausführungen von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ auf der unzutreffenden Annahme, dass der Sturz zu einer anhaltenden Verstärkung der Symptomatik geführt habe, was indes gemäss den Angaben des Beschwerdeführers gerade nicht der Fall war (vgl. AB Reg. 3 pag. 11). Es entspricht denn auch einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3). Der Unfall vom 22. Dezember 2017 ist trotz der Kopfstürzen notorisch inhärenten Gefährlichkeit nicht als besonders schwer zu qualifizieren und in dessen Nachgang sind weder die klassischen Symptome einer Diskushernie aufgetreten (vgl. AB Reg. 3 pag. 2) noch ist es zu einer sofortigen Arbeitsunfähigkeit gekommen (vgl. AB Reg. 3 pag. 39). Die von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ gestützt auf diese echtzeitlichen Befunde und den symptomatologischen Verlauf vorgenommene Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs deckt sich folglich sowohl mit den medizinischen Akten als auch mit den medizinischen Erfahrungstatsachen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung.

**3.4.4** Soweit Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ weiter einwendet, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall vom 22. Dezember 2017 nie an HWS-Beschwerden gelitten und auch keine sensomotorischen Störungen in den Extremitäten verspürt (vgl. AB Reg. 3 Reg. 31), ist dies mit Blick auf die eindeutigen anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers (vgl. AB Reg. 3 pag. 5) aktenwidrig und vermag von vornherein keine Unfallkausalität zu begründen. Denn beweisrechtlich gilt eine gesundheitliche Schädigung

gung nicht schon dann als durch den Unfall verursacht, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc": vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2). Da der Beschwerdeführer zudem seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 2014 gemäss Angaben der behandelnden Ärztin nie in ärztlicher Behandlung stand (vgl. AB Reg. 3 pag. 11, 25), lässt sich der degenerative Vorzustand entsprechend nicht weiter dokumentieren, weshalb sich diesbezüglich weitergehende Abklärungen erübrigen.

**3.5** Insgesamt sind damit die abweichenden Einschätzungen von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_, welche vom Vertrauensarzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ detailliert und umfassend begründet widerlegt wurden (vgl. AB Reg. 3 pag. 37-57, 61-64, 68-71), nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der vertrauensärztlichen Beurteilung zu wecken. Unter diesen Umständen und gestützt auf die überzeugenden vertrauensärztlichen Ausführungen sind von weiteren Beweisvorkehrungen – insbesondere der vom Beschwerdeführer im Eventualstandpunkt beantragten neurochirurgischen Abklärung (Beschwerde S. 7) – keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (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).

#### **4.**

Gestützt auf die beweiskräftigen vertrauensärztlichen Beurteilungen erfolgte der Fallabschluss per 7. September 2018 (AB Reg. 1 pag. 25, Reg. 3 pag. 38) zu Recht, da spätestens in diesem Zeitpunkt der status quo sine vel ante (vgl. dazu vorne E. 2.3) wieder erreicht war und folglich zwischen den über die Leistungseinstellung hinaus beklagten Beschwerden und dem Unfall vom 22. Dezember 2017 kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr bestand.

Die Beschwerdegegnerin hat folglich mit Verfügung vom 18. Juni 2020 (AB Reg. 1 pag. 24-26) respektive dem diese ersetzenden Einspracheentscheid vom 10. November 2021 (AB Reg. 1 pag. 82-98) zu Recht ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 22. Dezember 2017 per

7. September 2018 eingestellt und einen darüber hinausgehenden Leistungsanspruch gegenüber der obligatorischen Unfallversicherung verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. <sup>f</sup>bis ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu (Art. 104 Abs. 4 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 lit. c VRPG; vgl. auch BGE 126 V 143 E. 4b S. 150).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsdienst B.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**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.