

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 11

Entscheid vom 16. Mai 2022

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____

gegen

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

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalität; Fallabschluss; Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1983) war als Chauffeur bei der C._____ AG angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als ihm am 23. Juli 2020 eine herunterfallende Leer-Palette auf den Kopf fiel (Suva-act. 1, 6). Er hatte unmittelbar nach dem Ereignis für kurze Zeit jegliches Gefühl in Armen und Beinen verloren, jedoch nie das Bewusstsein (Suva-act. 17). Vom Rettungsdienst wurde er ins Spital D._____ und bei leichtem Schädel-Hirn-Trauma noch gleichentags durch die Rega zur 24h GCS-Überwachung ins F._____ überführt (Suva-act. 3, 17). Am 30. Juli 2020 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht (Suva-act. 4).

B. Am 25. Juli 2020 wurde A._____ aus dem F._____ entlassen. Ab Unfallzeitpunkt bis 23. August 2020 bestand eine volle Arbeitsunfähigkeit, anschliessend eine 50%ige bis 31. Oktober 2020 (Suva-act. 10, 11, 17, 19, 36, 41). Anlässlich eines Telefongesprächs vom 6. November 2020 erklärte A._____ der Suva, seit November 2020 sei er wieder voll arbeitsfähig. Allerdings sei ihm gekündigt worden. Er sei zuversichtlich, per anfangs 2021 eine Stelle zu finden. Weitere ärztliche Kontrollen seien keine geplant; anfangs April 2021 stehe ein MRI im F._____ an. Der Arzt habe ihm diese Saison Skifahren verboten und vorübergehend auch Risikosportarten. Er gehe weiterhin in die Osteopathie und Physiotherapie. Die Suva erklärte, dies weiterhin wie gewohnt zu übernehmen, Leistungen später erneut zu überprüfen, der Fall werde nun abgeschlossen; das Rückfallmelderecht bleibe ihm (Suva-act. 40). Die Taggelderleistungen wurden per 31. Oktober 2020 eingestellt, die Therapie weiterhin übernommen (Suva-act. 45).

C. Nach Einholung einer Zweitmeinung informierte A._____ die Suva am 2. September 2021 über die Absicht, sich einer stabilisierenden Operation der Halswirbelsäule zu unterziehen. Am 9. September 2021 teilte die Suva A._____ mit, die Kosten für diese Operation würden nicht übernommen, da sie nicht zur Behandlung von Unfallfolgen durchgeführt werde. Der Fall werde per 30. September 2021 abgeschlossen (Suva-act. 64). Nachdem der Beschwerdeführer dagegen opponierte (Suva-act. 68), verfügte die Suva am 23. September 2021 die Ablehnung der Kostenübernahme für die stabilisierende Operation und den Fallabschluss per 30. September 2021 (Suva-act. 71).

D. Am 21. Oktober 2021 erhob A._____ Einsprache (Suva-act. 82), welche die Suva mit Entscheid vom 12. Januar 2022 abwies (Suva-act. 93).

E. A._____ lässt am 9. Februar 2022 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der angefochtene Einsprache-Entscheid der Suva vom 12. Januar 2022 (ES03212/2021) sei dahingehend abzuändern, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer betreffend das Ereignis vom 23. Juli 2020 und den daraus resultierenden Beschwerden vollumfänglich (über den 30. September 2021 hinaus) die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen hat, insbesondere Taggelder und Heilkosten (inkl. Kosten für eine Stabilisierungs-OP).
2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung des angefochtenen Einsprache-Entscheides der Beschwerdegegnerin vom 12. Januar 2022 (ES03212/2021) zu ergänzenden Abklärungen an die Suva zurückzuweisen oder es seien selber ergänzende Abklärungen vorzunehmen.
3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung für das Einspracheverfahren zuzusprechen.
4. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

F. Mit Vernehmlassung vom 24. Februar 2022 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde vom 9. Februar 2022 und Bestätigung des Einspracheent-scheides vom 14. Januar 2022 (recte 12.1.2022). Hierzu repliziert der Beschwerdeführer am 29. März 2022, worauf die Suva am 12. April 2022 eine Stellungnahme einreicht.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Der Beschwerdeführer erlitt am 23. Juli 2020 unbestrittenermassen einen Berufsunfall, den die Suva anerkannte und in dessen Folge sie Versicherungsleistungen in Form von Taggeldern (bis 31. Oktober 2020) und Heilbehandlung erbrachte. Strittig ist, ob die Suva den Fall zu Recht per 30. September 2021 abschloss und namentlich die Kostenübernahme für eine (für den 31.3.2022 geplante) operative Stabilisierung des Segmentes C3/4 ablehnte.

2. Bezüglich Unfallhergang sowie Verlauf ergibt sich aus den Akten:

2.1 Am 27. Juli 2020 meldete die Arbeitgeberin der Suva, der Beschwerdeführer sei am 23. Juli 2020 um 15.30 Uhr verunfallt: "Beim Verladen des LKWs ging der Verunfallte zum Staplerfahrer, wobei dieser mit der obersten Leer-Palette anstiess und die Palette dem Chauffeur auf den Kopf fiel" (Suva-act. 1).

Im Fragebogen führte der Beschwerdeführer am 3. August 2020 zum Unfallhergang aus: "Ich stieg aus meinem LKW. Der Staplerfahrer hatte unterdessen 3 Stösse Palette auf den LKW geladen. Als er einen weiteren Stoss beladen wollte, bat ich ihn, den LKW später etwas nach vorn zu fahren, damit er den Anhänger gut beladen kann. Dies war auf dem Firmenareal, ich stand dabei einige Meter neben dem Stapler. Während dessen rollte der Staplerfahrer mit dem Stapler ei-

nige cm nach vorn, und stiess dabei ans oberste Palett, welches auf dem LKW geladen war. Das oberste Palett fiel herunter, mir direkt auf den Kopf. Daraufhin fiel ich zu Boden und blieb schwer verletzt liegen" (Suva-act. 6).

Der Beschwerdeführer wurde durch den Rettungsdienst ins Spital D. _____ gebracht und von dort mit der Rega gleichentags ins F. _____ überführt zwecks 24-stündiger GCS-Überwachung bei leichtem Schädel-Hirn-Trauma. Dort wird im Austrittsbericht zum Unfallhergang und zur Verlegung festgehalten (Suva-act. 17): "Beim Ausladen von Paletten sei eines auf seinen Kopf gestürzt, dieses hätte ca. 25kg gewogen. Eine Bewusstlosigkeit wird klar verneint, er habe jedoch über ein paar Minuten jegliches Gefühl in den Armen und Beinen verloren, dieses wäre schnell wiedergekommen, jedoch habe er noch Kribbelparästhesien in beiden Armen und ein subjektives Gefühl von Schwäche. ABC stabil, komplikationsloser Transport ad F. _____."

2.2 Im F. _____ war der Beschwerdeführer vom 23. bis 25. Juli 2020 hospitalisiert (Suva-act. 17). Im Austrittsbericht nennen die Traumatologen des F. _____ als Diagnose:

1. Leichtes Schädel-Hirn-Trauma vom 23.07.2020
- RQW 5cm Nasenrücken
2. Contusion spinalis bei degenerativer, mittelgradiger und rechtsbetonter Spinalstenose bei Diskusprotusion C3/4 am 23.7.2020

Als Befund bei Eintritt wird dokumentiert:

Primary Survey

A: Atemwege frei, Trachea mittelständig, HWS immobilisiert

B: Thorax kompressionsstabil, Lunge seitengleich belüftet, SO₂ 97%

C: Puls 77/min, kräftige periphere Pulse, warme Extremitäten, Abdomen weich, Becken/Oberschenkel stabil

D: GCS 15, Pupillen rund, isokor und prompt reagibel. Bewegt alle Extremitäten

E: Offensichtliche Verletzungen / relevante Auffälligkeiten?

Secondary Survey

37-jähriger Patient in gutem EZ, wach, allseits orientiert. GCS 15.

Gesicht/Kopf: Hochfrontal mittige Schnittverletzung, ca. 5cm lang, sowie Prellmarke über der Nase.

Kalotte und Mittelgesicht stabil. Normale Kieferbeweglichkeit. Zähne intakt. Pupillen 3mm isokor, rund, seitengleiche direkte/indirekte Lichtreaktion.

Wirbelsäule: Keine Prellmarken. Keine Hämatome. Kein Gibbus. Keine interspinöse Delle.

Thorax: Keine Prellmarken. Keine Hämatome. Kompressionsstabil.

Cor: Herztöne rein, Herzaktion rhythmisch, keine Nebengeräusche.

Pulmo: Seitengleiche Vesikulärratmung, keine Nebengeräusche.

Abdomen: Keine Prellmarken. Bauchdecke weich, keine Abwehrspannung.

Darmgeräusche träge. Digital-rektal kein Blut am Fingerling, Sphinktertonus kräftig, perianale Sensibilität erhalten. Äusseres Genitale unauffällig. Kein Blut am Meatus urethrae.

Becken: Keine Prellmarken oder Exkoriationen. Kompressions- und distraktionsstabil, kein Symphysendruckschmerz. Keine Dolenzen im Bereich des hinteren Beckenringes.

Extremitäten: Alle frei beweglich. Klinisch kein Anhalt für Frakturen oder Luxationen.

Keine Deformitäten. pDMS soweit intakt.

Neurologie: Alle Kennmuskeln der oberen und unteren Extremität M5. Keine sensiblen Defizite. Negativer Babinski.

Am 23. und 24. Juli 2020 erfolgte eine bildgebende Diagnostik. Das CT Gesichtsschädel nativ vom 23. Juli 2020 zeigte keine Auffälligkeiten (Suva-act. 26). Aufgrund des CT Hals, Thorax, Abdomen und Wirbelsäule mit i.v. Kontrastmittel vom 23. Juli 2020 gelangten die Radiologen zur Beurteilung, dass kein Hinweis auf traumatische Organ- oder Weichteilläsionen und keine frischen traumatischen Läsionen der ossären Strukturen bestünden (Suva-act. 27). Am 24. Juli 2020 wurde ein MRI HWS nativ angefertigt und wie folgt beurteilt: Mediane und paramedian rechts betonte sowie rechts foraminale Discusprotrusion mit Einengung des Rezessus sowie des Neuroforamens HWK 3/4. Konsekutiv leichte Spinalkanalstenose HWK 3/4; keine Fraktur, kein Hämatom oder Hinweis auf eine diskoligamentäre Verletzung (Suva-act. 28).

Zum Verlauf hielten die USZ-Ärzte fest, dieser sei neurologisch unauffällig; die Wunden zeigten sich allseits reizlos und zu Austritt trocken. Die initiale Immobilisierung der HWS in einem weichen Halskragen habe nach Ausschluss einer Fraktur durch das MRT aufgehoben werden können. Intermittierend hätten sich Parästhesien der Hände mit spontaner Regredienz gezeigt, so dass diese im Rahmen der Contusio spinalis interpretiert wurden. Der Beschwerdeführer habe am 25. Juli 2020 in gutem Allgemeinzustand in die Betreuung der Angehörigen entlassen werden können.

2.3 Am 9. September 2020 erfolgte bei den Traumatologen F. _____ eine Verlaufskontrolle 7-Wochen posttraumatisch (Suva-act. 23). Der Beschwerdeführer berichte insgesamt von einem schmerzkompenzierten Heilungsverlauf. Allerdings würden weiterhin intermittierend Taubheitsgefühle in den Fingerspitzen und Zehen bds. bestehen. Auch fühle er sich ab und zu sehr unsicher auf den Beinen. Richte [sic] Kraft- oder Sensibilitätsstörungen würden jedoch verneint, ebenso wie Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang. Seit 3 Wochen arbeite er wieder zu 50% als Lastwagenchauffeur, wobei bei manchen Tätigkeiten noch deutliche Einschränkungen bestünden. Klinisch wurde ein unauffälliger Befund erhoben; radiologisch auf das MRI HWS nativ vom 24. Juli 2020 verwiesen. Für die vom Beschwerdeführer berichteten intermittierenden Gefühlsstörungen in den Finger- und Zehenspitzen bds. zeigte sich gemäss den Ärzten im MRI kein (eindeutiges) Korrelat. Die Ärzte stellten die Diagnose:

1. Commotio spinalis bei degenerativer, mittelgradiger und rechtsbetonter Spinalstenose bei Diskusprotusion C3/4 am 23.07.2020

- Residuelle Hypästhesie acral betont
- Undulierende Gangunsicherheit

2. Leichtes Schädel-Hirn-Trauma vom 23.07.2020

- RQW 5 cm Nasenrücken
- Schmales subgaleales Hämatom hochfrontal mittig

Die Ärzte empfahlen eine ausführliche neurologische Abklärung der Restbeschwerden inklusiv einer apparativen Diagnostik.

2.4 Am 7. Oktober 2020 erfolgte auf Zuweisung des F._____ durch Dr.med. E._____ (FMH Neurologie) eine neurologische Untersuchung (klinisch, neuro-psychologisch, elektroneurographisch und somato-sensorisch evozierte Potentiale) bei anamnestisch und klinischen Befunden St.n. Commotio cerebri und Commotio spinalis am 23. Juli 2020 mit neuropathischen Restbeschwerden akral an Händen und Füßen sowie einer sensiblen Ataxie bei Fragestellung nach Hinweisen auf eine spinothalamische Überleitungsstörung (Suva-act. 37, 38, 39). Im Bericht an die Traumatologie des F._____ gelangte Dr.med. E._____ zur Beurteilung:

Herr A._____ hat am 23. Juli einen Unfall erlitten mit Commotio cerebri und spinalis. Als Folge der Commotio spinalis lässt sich in der aktuellen, neurologischen Untersuchung passend zum Beschwerdebild des Patienten eine bein- sowie sehr distal-betonte Einschränkung der Spitz-Stumpf-Diskrimination nachweisen, zudem besteht eine sensible Ataxie mit dazu passenden, pathologischen, somato-sensibel-evozierten Potentialen, die eine distal-betonte spinothalamische Überleitungsstörung illustrieren. Nebenbefundlich zeigen sich leichtgradige, radikuläre Reizleitungsstörungen, in der elektroneurographischen Untersuchung motorisch C7-Th1 rechts, bei der Ableitung der somatosensibel-evozierten Potentiale sensibel C7-Th1 rechts. Hinweise auf eine Polyneuropathie oder auch ein Karpaltunnel-Syndrom rechts oder links ergeben sich nicht.

Als Therapie schlug Dr.med. E._____ Osteopathie und Physiotherapie vor und gfs. Vitamin B12-Substitution.

2.5 Im Bericht vom 3. November 2020 zur Verlaufskontrolle vom 28. Oktober 2020 (zur Besprechung der neurologischen Untersuchung) am F._____ wird als Diagnose aufgeführt (Suva-act. 41):

Rasch regrediente inkomplette Tetraplegie ASIA E sub C6 mit Myelomalazie vom 23.07.2020 sowie Radikulopathie C7/Th1 rechts

- Residuelle Hypästhesie acral betont bds.
- Undulierende Gangunsicherheit
- vorbestehende degenerative, mediane und paramedian, rechtsbetonte, sowie rechts foraminale Diskusprotrusion mit Einengung des Rezessus sowie des Neuroforamens HWK 3/4 mit geringgradiger Spinalkanalstenose

Laut Beschwerdeführer würden die Beschwerden von Tag zu Tag besser werden; er verspüre noch ein leichtes Taubheitsgefühl an den Fingerspitzen (Dig. II bis V) sowie Zehenspitzen; Schmerzmedikamente nehme er keine mehr. Klinisch war eine zunehmende Hyposensibilität an den distalen unteren Extremitäten (Zehenspitzen) die einzige Auffälligkeit. Unter Procedere führten die USZ-Traumatologen aus (Suva-act. 41):

In den neurologischen Untersuchungen hat sich eine dezente, motorische Reizleitungsstörung zervikaler Nervenwurzeln C7-Th1 rechts sowie eine axonale untere spinothalamische Überleitungsstörung gezeigt. Damit hat sich gezeigt, dass der Unfall eine rasch regrediente inkomplette Tetraplegie verursacht hat, die nun zu einer Myeloma[la]zie geführt hat.

Wir besprechen mit dem Patienten, dass unter Weiterführung der Physiotherapie, sowie Vitamin B12-Behandlung, diese Symptome noch fast vollständig regredient sein können, aber nicht müssen. Ausserdem besprechen wir mit dem Patienten, dass bei der Einengung der Spinalkanäle (die schon vorbestehend vor dem Unfall waren, aber durch den Unfall jetzt noch weiter beeinträchtigt wurden) es zu einer grösseren, oder einer erhöhten Gefahr von zukünftigen Beeinträchtigungen bei erneuten Unfällen kommen kann und deswegen eine operative Erweiterung diskutiert werden kann. Eine akute Operationsindikation sehen wir allerdings bei nur geringer Enge momentan nicht. Der Patient stimmt dem zu. In der heutigen Sitzung wurde eine Vitamin B12 [recte B12]-Injektion (Vitarubin) [durchgeführt]. Wir bitten den Hausarzt, diese Injektion in 1 und 3 Monaten erneut durchzuführen. In 6 Monaten planen wir nach vorgängigem MRI eine erneute klinisch-radiologische Verlaufskontrolle, um den Verlauf der Stenose zu kontrollieren.

Eine Arbeitsunfähigkeit von 50% wurde noch bis am 31. Oktober 2020 attestiert.

2.6 Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 28. April 2021 berichtete der Beschwerdeführer von einem regelrechten Heilungsverlauf; die Schmerzen seien komplett regredient. Die inkomplette Tetraplegie habe sich komplett zurückgebildet. Sensibilitätsstörungen, Kraftstörungen oder sonstige Beschwerden wurden verneint; keine Blasen- oder Enddarmstörungen; es bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Chauffeur. Klinisch zeige sich ein regelrechter Heilungsverlauf, namentlich auch keine sensiblen Defizite in den oberen und unteren Extremitäten. In dem am 23. April 2021 durchgeführten MRI zeige sich eine stationäre Darstellung der bekannten leichten bis mittelschweren Spinalkanalstenose. Die Diagnose blieb unverändert (vgl. oben Erw. 2.5). Es wurde eine weitere Verlaufskontrolle in 6 Monaten vereinbart (zum Ganzen: Suva-act. 49).

Zum erwähnten MRI vom 23. April 2021 gelangte der Radiologe zur Beurteilung (Suva-act. 50):

Verglichen mit der MR HWS vom 24.07.2020.
Stationäre, leicht- bis mittelgradige Spinalkanalstenose HWK 3/4 mit neuroforaminaler Stenose rechts. Keine Neurokompression.
Weiterhin keine Signalalteration des Myelons.

Diskretes Ödem in der ventralen Deck- und Bodenplatte von BWK 11, a.e. degenerativ; entzündlich bei ansonsten unauffälligem Befund weniger wahrscheinlich.

2.7 Nachdem der Beschwerdeführer bei der Suva die Zustimmung für eine Zweitmeinung betreffend stabilisierender Operation einholte, gelangte er hierfür an Dr.med. I. _____ (Facharzt Neurochirurgie, G. _____). Dieser untersuchte ihn am 21. Juli 2021 (Suva-act. 55) und dokumentierte als Diagnose:

- Contusio spinalis am 23.07.2020 bei Spinalstenose C3/4 mit anhaltenden leichten sensomotorischen Defiziten, sowie Dysästhesien im volaren Unterarmbereich bds.
- St. n. leichtem Schädelhirntrauma am 23.07.2020

Unter Anamnese notierte Dr.med. I. _____, bei initialer Unbeweglichkeit der Gliedmassen nach dem Unfall habe sich im Verlauf der nächsten Stunden die Motorik wieder eingestellt; geblieben seien dysästhetische Empfindungen im volaren Unterarmbereich und die Ehefrau habe den Eindruck, er sei nicht mehr so trittsicher wie vor dem Unfall. Klinisch zeigte sich ein kräftiger Beschwerdeführer in bestem AZ und EZ. Blindstrichgang sei etwas unsicher. Romberg sicher gestanden. Einbeinhüpfen beidseits flüssig. Die Muskeleigenreflexe an den unteren Extremitäten seien deutlich lebhafter als an den oberen Extremitäten. Dysästhesie bis leichte Allodynie im Bereich des volaren Unterarmes beidseits. Bei Prüfung der groben Kraft finde sich links ein schwächerer Faustschluss als rechts, wie auch etwas abgeschwächte Fingerspreizung und Fingerextension. Dies, obwohl der Beschwerdeführer Linkshänder sei. Unter Mitberücksichtigung des MRI vom 23. April 2021, das gemäss Eindruck von Dr.med. I. _____ eine leichte Signalstörung im Rückenmark auf Höhe der Bandscheibe C3/4 zeigt, gelangte Dr.med. I. _____ zu folgender Beurteilung:

Beurteilung und Prozedere:

Herr A. _____ hat im Rahmen seines Unfalls vom 23.07.2020 eine Contusio spinalis bei engem Spinalkanal C3/4 erlitten. Bezüglich der Frage, ob sich eine Stabilisation des Segmentes C3/4 empfiehlt, ist festzuhalten, dass die bis anhin vorliegenden Hinweise in der Literatur dafür sprechen, dass Patienten, welche aufgrund einer Spinalstenose eine Contusio spinalis erlitten haben, ein erhöhtes Risiko haben, eine erneute Rückenmarksverletzung zu erleiden. Das Risiko einer operativen Versorgung wird als geringer eingeschätzt, als das eines spontanen Verlaufes. Patienten mit einer Enge und einem Zustand nach Contusio spinalis sollten beispielsweise nicht in Kontaktsportarten oder sonstige verletzungsträchtige Tätigkeiten zurückentlassen werden. Dem Patienten ist somit eine Stabilisierung des Segmentes C3/4 zu empfehlen. Anders wäre es, wenn lediglich ein enger Spinalkanal vorliegt, jedoch ohne Vorgeschichte einer Contusio spinalis. Ein enger Spinalkanal ohne vorangegangene Verletzung braucht keine prophylaktische Dekompression. Ich habe Herrn A. _____ und seiner Gattin die Indikation zu einer stabilisierenden Massnahme erläutert. Der Patient ist sehr bewegungsfreudig und betreibt gerne Sportarten, welche mit einer gewissen Verletzungsgefahr verbunden sind, sodass man ihm die Stabilisierung seines Segmentes C3/4 erst recht emp-

fehlen sollte. Über die Art des Eingriffes und das Risikoprofil einer anterioren Diskektomie mit nachfolgender Stabilisation mit Cage und Platte habe ich mit dem Ehepaar ebenfalls gesprochen. Die Indikation zu einem operativen Vorgehen ist die Tatsache, dass das Risiko eines ungünstigen Spontanverlaufes ohne Stabilisierung höher eingeschätzt wird als das einer Operation. Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

2.8 Am 26. Juli 2021 antwortete die Suva Versicherungsmedizin gegenüber der Verwaltung (das Dokument ist nicht persönlich visiert, die Autorenschaft entsprechend unbekannt), die Gesundheit des Beschwerdeführers sei in der vom Unfall betroffenen Körperregion überwiegend wahrscheinlich schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen; der Unfall habe überwiegend wahrscheinlich nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt. Seit dem Bericht des F. _____ vom 28. April 2021 spielten Unfallfolgen keine Rolle mehr. Und weiter wird ausgeführt: "Sollte eine "prophylaktische" Stabilisierungs-OP der HWS vom Versicherten in Betracht gezogen werden, empfiehlt sich vorgängig zusätzlich eine Überprüfung der Kostenübernahme einer solchen OP aus neurologischer Sicht der SUVA. Aus Sicht der Traumatologie / Orthopädie lässt sich aus den Berichten keine OP-Notwendigkeit ableiten" (Suva-act. 56).

2.9 Nach anfänglichem Zögern (Suva-act. 59) teilte der Beschwerdeführer der Suva am 2. September 2021 mit, sich für die Durchführung einer stabilisierenden Operation entschieden zu haben (Suva-act. 60). Hierauf liess die Suva die Frage der Leistungspflicht neurologisch beurteilen. Die Frage, ob die "prophylaktische" Stabilisierungs-Operation der HWS mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 23. Juli 2020 zurückzuführen sei, beantwortete Dr.med. J. _____ (Facharzt Neurologie; Kompetenzzentrum Suva Versicherungsmedizin) am 8. September 2021 mit 'Nein'. Dies aufgrund folgender Beurteilung der medizinischen Unterlagen (Suva-act. 62):

Das Unfallereignis vom 23.07.2020 hat zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes geführt. Zusätzliche strukturelle Verletzungen sind an der Halswirbelsäule nicht objektiviert. Insbesondere liegt im MRT keine Alteration des Rückenmarksignals vor. Eine bleibende neurologische Schädigung ist nicht ausgewiesen. Die diskreten klinischen und elektrophysiologischen Befunde von Frau Dr. E. _____ reichen zum Nachweis einer spinalen Schädigung nicht aus. Eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustands ist nicht eingetreten.

Dr. Heilbronner begründet die Indikation zur Operation mit einem statistisch erhöhten Risiko für eine erneute Rückenmarkssymptomatik, insbesondere bei sportlichen Aktivitäten. Die Operation wird nicht zur Behandlung von Unfallfolgen durchgeführt, es handelt sich klar um eine prophylaktische Indikation.

2.10 Mit Schreiben vom 9. September 2021 informierte die Suva den Beschwerdeführer über die versicherungsinterne neurologische Beurteilung, gestützt auf

welche die Kosten der beabsichtigten Operation durch die Suva nicht übernommen würden (Suva-act. 64). Hiergegen opponierte der Beschwerdeführer. Er zweifle, ob Dr.med. J._____ über alle notwendigen Informationen verfügt habe; die Marginalisierung von Contusio spinalis zu Commotio spinalis sei unverständlich; plötzlich sei die Rede von einem degenerativen Vorzustand. Zudem seien die Unfallfolgen nicht weg; es gehe ihm wohl viel besser. Aber in Beruf und Freizeit müsse er sich stark einschränken, damit er nicht wegen eines Bagatelunfalles noch Tetraplegiker werde (Suva-act. 68). Auf Vorhalt des beschwerdeführerischen Schreibens hin bestätigte Dr.med. J._____ am 22. September 2021 seine Beurteilung (Suva-act. 70). Im Austrittsbericht des F._____ vom 27. Juli 2020 sei von einer Contusio spinalis bei degenerativer, mittelgradiger und rechtsbetonter Spinalkanalstenose die Rede. Das Unfallereignis habe keine darüberhinausgehenden Frakturen, Blutungen oder Bandverletzungen hervorgerufen. Es sei durch den Unfall zu einer vorübergehenden Rückenmarkssymptomatik gekommen, die klinisch und elektrophysiologisch nun nicht mehr nachweisbar sei. Hierauf verfügte die Suva am 23. September 2021 die Ablehnung der Kostenübernahme für die stabilisierende Operation und den Fallabschluss per 30. September 2021 (Suva-act. 71).

2.11 Am 21. September 2021 erfolgte eine weitere neurologische Untersuchung durch Dr.med. E._____. Sie berichtete am 20. Oktober 2021 der Traumatologie F._____ (Suva-act. 77 - 80):

Herr A._____ stellte sich zu einer regulären Verlaufskontrolle bei St. n. Commotio cerebri und spinalis am 23. Juli 2020 vor. Zwischenzeitlich hat sich subjektiv der Zustand deutlich verbessert, Herr A._____ ist bis auf gelegentliche Nackenverspannungen und gelegentliche (seltene) stechende Missempfindungen an den Vorderarmen beschwerdefrei und besucht weiterhin regelmässig die Physiotherapie und Osteopathie. Anamnestisch erfolgte bereits eine MRI-HWS Kontrolle im Frühjahr dieses Jahres, eine weitere ist im Oktober geplant, die letzte MRI-Kontrolle habe einen weitgehend unveränderten Befund ergeben.

Die klinische-neurologische Untersuchung zeigt im Vergleich zur Untersuchung vom 7. Oktober 2020 eine Befundbesserung mit Normalisierung der vormals eingeschränkten Sensibilität an den Beinen, sowie einer verbesserten sensiblen Ataxie.

In der elektrophysiologischen Untersuchung zeigt sich eine verbesserte spinothalamische Überleitungsstörung einerseits, andererseits eine Tendenz zu einer sensiblen axonalen Polyneuropathie der Beine mit Abnahme der Amplituden vom N. suralis beidseits im Vergleich zur Voruntersuchung. Evtl. ist in diesem Zusammenhang auch die Abnahme der Amplituden somatosensibel-evozierten Potentiale vom N. tibialis beidseits erklärbar, differentialdiagnostisch am ehesten im Rahmen des neu diagnostizierten, ausgeprägten Folsäure-Mangels erklärbar, insbesondere da die MRI-Untersuchung der ganzen Wirbelsäule einen stabilen Befund ergibt in Bezug auf den residualen Zustand nach posttraumatischer Myelopathie und keine Hinweise auf neurale Kompressionen, insbesondere auch lumbosakral ergibt.

Dr.med. E._____ empfahl die Weiterführung der Osteopathie und Physiotherapie sowie Behandlung des Folsäure-Mangels und die Einnahme von Vitamin B12. Weitere Massnahmen seien aus neurologischer Optik nicht vorgesehen. Weitere Termine wurden nicht vereinbart.

2.12 Das im Bericht von Dr.med. E._____ erwähnte und von ihr berücksichtigte MRI HWS, BWS und LWS nativ vom 11. Oktober 2021 ergab folgenden Befund und folgende Beurteilung (Suva-act. 81):

Verglichen mit der MR HWS vom 23.04.2021:

- Stationäre, leicht- bis mittelgradige Spinalkanalstenose HWK 3/4 mit neuroforaminaler Stenose rechts. Keine Neurokompression.
- Stationäre, fokale Signalalteration des Myelons im Funiculus lateralis auf Höhe HWK 3/4.
- Diskretes Ödem in der ventralen Deck- und Bodenplatte von BWK 11, a.e. degenerativ.
- Im übrigen unverändert regelrecht.

2.13 Nach der Verlaufskontrolle in der Traumatologie des F._____ vom 3. November 2021 berichteten die Ärzte am 17. November 2021 (Suva-act. 86):

Diagnose

1. Komplett regrediente inkomplette Tetraplegie ASIA E sub C6 mit Myelomalazie vom 23.07.2020 sowie Radikulopathie C7/Th1 rechts

- residuelle Hypästhesie acral betont bds.
- undulierende Gangunsicherheit
- vorbestehende degenerative, mediane und paramedian, rechtsbetonte, sowie rechts foraminale Diskusprotrusion mit Einengung des Rezessus sowie des Neuroforamens HWK 3/4 mit geringradiger Spinalkanalstenose
- 03.11.2021: Aktuell Trittunsicherheit und intermittierende Allodynie Segment C8 bds.

2. Leichtes Schädel-Hirn-Trauma vom 23.07.2020

- RQW 5 cm Nasenrücken
- schmales subgaleales Hämatom hochfrontal mittig

Zwischenanamnese

Herr A._____ stellt sich zur geplanten klinischen Verlaufskontrolle nach Befundeinholung extern vor. Er berichtet noch immer von intermittierenden Schmerzen bzw. Allodynie im Bereich des C8-Segmentes beidseits. Ebenfalls wird von einer intermittierenden Gangunsicherheit berichtet. Bei den Kollegen der Neurologie extern fiel ein massiver Folsäure- und B12-Mangel auf, welche die Leitungsverbindung des N. suralis erklärten. Hier wurde die Substitution empfohlen. Der Kollege in G._____ empfiehlt eine protektive Segmentstabilisierung C3/4. Ansonsten aktuell keine Schmerzmitteleinnahme. Der Patient ist zu 100% als Kraftfahrer arbeitend.

Befund

HWS:

Integument intakt, keine Druckdolenzen über den Procc. spinosi, keine Klopfdolenzen ebenda. Paravertebraler Hartspann beidseits. ROM intakt, kein Achsenstauch-

schmerz. pDMS intakt bis auf eine Allodynie streng im C8-Segment beidseits. Gangbild unauffällig.

Procedere

Insgesamt sehen wir bei Herrn A. _____ geringe klinische Auffälligkeiten. Der Patient ist 100% arbeitsfähig und in seinem Alltag nicht eingeschränkt. Aus unserer Sicht besteht bei nicht vorhandener Wirbelsäulenverletzung keine Indikation zur protektiven dorsalen Stabilisierung. Die Operationsrisiken überwiegen eindeutig. Wir empfehlen die Einnahme von Folsäure sowie Vitamin B12-Komplex. Weiter empfehlen wir eine Wiedervorstellung zur Verlaufskontrolle bei den Kollegen der Neurologie (extern). Eine i.m. Vitamin-B12-Substitution sollte durch den Hausarzt erfolgen. Wir werden Herrn A. _____ wieder in 6 Monaten in unserer Sprechstunde sehen. Ein entsprechendes Aufgebot erfolgt postalisch.

2.14 Mit der Beschwerde reicht der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr.med. I. _____ vom 1. Februar 2022 ein (Bf-act. 3). Dieser wiederholt die Diagnose eines St.n. Contusio spinalis C3/4 bei zervikaler Spinalstenose C3/4 mit anhaltenden, leichten sensomotorischen Defiziten sowie Dysästhesien im Bereich des volaren Unterarmes bds. Dr.med. I. _____ habe dem Beschwerdeführer seine Überlegungen bezüglich Stabilisierung des Segmentes C3/4 noch einmal dargelegt. Die Funktionsaufnahmen zeigten eine fast doppelt so grosse Beweglichkeit für Inklination / Reklination im Bewegungssegment C3/4 im Vergleich zu den benachbarten Segmenten. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer auf dieser Höhe eine Contusio spinalis erlitten habe, von der bis heute leichte residuelle Schäden resultieren, spreche dafür, dass dieses Segment tatsächlich nicht so stabil sei wie die angrenzenden. Die aktuelle Literatur könne keine eindeutigen, wissenschaftlich befriedigend belegbaren Argumente weder für ein konservatives noch für ein operatives Vorgehen zur Verfügung stellen. Bei einem körperlich sehr aktiven Patienten tendiere er dazu, eine Fusion anzubieten. Auch habe er die Meinung von Dr.med. M. _____ (Chefarzt Spinale Chirurgie H. _____) eingeholt. Dieser bestätige, dass die Literatur keine definitive Antwort bereithalte. Auch sei Dr.med. M. _____ einig mit Dr.med. I. _____, dass die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ein Unfall mit Myelonschaden auftritt, relativ gering sei, dieser allerdings sicher vom Aktivitätslevel des Patienten abhängig sein dürfte; er würde somit in dieser Situation auf die Bedürfnisse des Patienten Rücksicht nehmen und bei einem Patienten, der auf gefährdende Sportarten verzichte, vorläufig zuwarten, jedoch regelmässige Kontrollen beibehalten. Schliesslich hielt Dr.med. I. _____ dafür, die Myelonschädigung sei im MR sichtbar und könne vermutlich durch eine ausgedehnte neurophysiologische Untersuchung unter Einschluss von hitze-evozierten Potentialen zur Beurteilung der spinothalamischen Bahnen zusätzlich objektiviert werden.

2.15 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens holte die Suva bei Dr.med. J. _____ eine weitere ärztliche Beurteilung ein (Beilage 1 zur Vernehmlass-

sung). Dieser verwies auf seine frühere Beurteilung (vgl. oben Erw. 2.9 und 2.10) und fasste die neue Aktenlage ab 11. Oktober 2021 zusammen. In seiner Beurteilung erinnerte er daran, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Berufsunfall am 23. Juli 2020 für wenige Minuten jegliches Gefühl in Armen und Beinen verloren hatte, sich diese Symptomatik bei Spitaleintritt bereits weitgehend zurückgebildet und der Versicherte zu diesem Zeitpunkt nurmehr Kribbelparästhesien in beiden Armen und ein subjektives Schwächegefühl angegeben habe. Die klinische Eintrittsuntersuchung im F._____ habe keine klinischen Zeichen einer Rückenmarkschädigung mehr nachgewiesen. Weiter hält er fest, die klinischen und elektrophysiologischen Untersuchungen der Neurologin Dr.med. E._____ vom September/Oktober 2021 würden einen positiven Verlauf dokumentieren; eindeutige klinische Zeichen einer Rückenmarksschädigung würden fehlen. Die Unfallchirurgen des F._____ würden die vollständige Rückbildung der ursprünglich inkompletten Tetraplegie bestätigen. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass sich die klinischen Symptome einer Rückenmarkschädigung zurückgebildet hätten; es würden sich weder am Arbeitsplatz noch im Alltag funktionelle Einschränkungen ergeben. Die von Dr.med. I._____ angeführten residualen Beschwerden seien durch die Befunde nicht objektiviert; von versicherungsmedizinischer Seite könne von einem stabilisierten Zustand ausgegangen werden.

Die Bildgebung betreffend führt Dr.med. J._____ aus, es könne eine flauere Signalveränderung des Rückenmarks auf Höhe HWK 3/4 nachvollzogen werden, wobei sich der Befund in vergleichbarer Graustufendarstellung zwischen dem 23. April 2021 und dem 11. Oktober 2021 eher noch zurückgebildet habe. Zu den diskreten Befunden sei zu bemerken, dass sie im F._____ im Verlauf unterschiedlich interpretiert worden seien, nämlich am 23. April 2021 als unauffällig, am 11. Oktober 2021 als fokal verändertes Signal im Rückenmark. Ob es sich dabei um Unfallfolgen handle, sei unklar, da auch chronische, nicht traumatische, sondern degenerativ bedingte Kompressionen des Rückenmarks bei Spinalkanalstenose derartige Signalveränderungen bewirken könnten. Entscheidend sei aber ohnehin, dass beim Beschwerdeführer keine unfallbedingte Leistungsminderung und keine objektivierbare, dauerhafte und erhebliche Funktionsstörung vom Ausmass eines Integritätsschadens vorliege. Wenn Dr.med. I._____ am 22. Juli 2021 schreibe, dass der Unfall das Risiko einer allfälligen Rückenmarksverletzung bei nochmaliger Traumatisierung erhöht habe, so treffe dies nicht zu. Das Unfallereignis habe nämlich zu keinen zusätzlichen Läsionen geführt, die eine solche Schlussfolgerung rechtfertigen würden. Stattdessen habe das Unfallereignis vom 23. Juli 2020 lediglich einen klinisch stummen Vorzustand zum Vorschein gebracht, diesen aber nicht richtunggebend verschlimmert.

Weiter führt Dr.med. J._____ aus, auch nach Auffassung von Dr.med. I._____ ergebe sich für ein operatives Vorgehen zum jetzigen Zeitpunkt keine wissenschaftliche Evidenz. Das F._____ habe bei der letzten Konsultation von einer Operation explizit abgeraten, da man dort das Nutzen-Risiko-Verhältnis als ungünstig bewerte. Sowohl Dr.med. I._____ als auch die Ärzte des F._____ seien sich darin einig, dass die in Rede stehende Operation einen Wahleingriff zur allfälligen Verhinderung zukünftiger Rückenmarks-Traumatisierungen darstelle und damit nicht zur Behandlung von Unfallfolgen indiziert sei.

Als Schlussfolgerung gelangte Dr.med. J._____ zur Beurteilung, der medizinische Zustand des Beschwerdeführers sei stabilisiert. Die geklagten Beschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 23. Juli 2020 zurückzuführen. Selbst unter der Annahme, dass die flauen Signalveränderungen im zervikalen Rückenmark unfallbedingt seien (was lediglich möglich sei), würden diese keine klinischen und elektrophysiologischen Funktionsstörungen bedingen und auch keine Einschränkungen in Alltag und Beruf. Infolgedessen würden sich auch weitere Abklärungen erübrigen.

3. Im angefochtenen Einspracheentscheid gelangte die Suva zum Schluss, aufgrund der medizinischen Berichte könne an der Terminierung der Versicherungsleistungen per Ende September 2021 festgehalten werden. Der Unfallversicherer habe lediglich für die Unfallfolgen aufzukommen; nicht dazu gehörten krankhafte Schädigungen, welche beim Beschwerdeführer bildgebend am Rücken (degenerative, mittelgradige und rechtsbetonte Spinalkanalstenose) hätten nachgewiesen werden können. Auch der im Rahmen der Elektroneuromyographie festgestellte Folsäure- und B12-Mangel sei sicherlich nicht auf den Unfall zurück zu führen. Den Berichten des F._____ sei nicht nur die komplett regrediente inkomplette Tetraplegie zu entnehmen, sondern auch das vehemente Abraten einer Stabilisierungsoperation. Welche in der Einsprache geltend gemachte gesundheitliche Verbesserung noch eintreten solle, wenn alle Unfallfolgen nicht mehr nachweisbar seien, sei nicht nachvollziehbar. Zudem sei der Versicherte gar nicht mehr in Behandlung - ausser Physiotherapie (Suva-act. 93).

4.1 Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihres Versicherungsmediziners Dr.med. J._____ ab. Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten (BGE 142 V 58 Erw. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 Erw. 6.1). Dergemäss kann den Berichten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien

gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

4.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem geltend gemachten Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt dabei bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 9.3).

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines

Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 Erw. 1).

4.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass mit dem status quo sine der Gesundheitszustand bezeichnet wird, der sich bei einem schicksalsmässig verlaufenden, krankhaften Vorzustand ergibt, wenn nach einer vorübergehenden, unfallbedingten Verschlimmerung die auf einen Unfall zurückzuführende Gesundheitsschädigung vollständig abheilt und der Unfall keine natürliche Ursache des beim Versicherten vorhandenen Gesundheitsschadens mehr darstellt. Demgegenüber wird unter dem status quo ante ein unmittelbar vor dem Unfall bestehender und stabiler Vorzustand verstanden, der wieder erreicht wird, wenn die unfallbedingte Gesundheitsschädigung vollständig abgeheilt ist. Liegt ein schicksalsmässig verlaufender krankhafter Vorzustand im Sinne des status quo sine vor, schliesst dieser das Erreichen des status quo ante aus; umgekehrt kann ein status quo sine gar nie eintreten, wenn ein stabiler krankhafter Vorzustand durch einen unfallbedingten Gesundheitsschaden nur temporär verschlimmert und der status quo ante wieder erreicht wird (Urteil EVGer U 135/05 vom 7.7.2005 Erw. 3.2).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C_331/2015 Erw. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1).

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 Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C_855/2018 vom 14.3.2019 Erw. 3.1).

4.4 Nach Gesetz und Rechtsprechung hat der Unfallversicherer den Fall (unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen Heilbehandlung und Taggeld sowie mit Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung) abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 Erw. 4 S. 113 ff.; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 120, Urteil 8C_493/2018 vom 12.9.2018 Erw. 3.2). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 Erw. 4.3 S. 115). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen - wie etwa einer Badekur, Physiotherapie manualtherapeutische Behandlungen, Einnahme von Medikamenten oder auch ärztliche Verlaufskontrollen - zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung (Urteil BGer 8C_674/2019 vom 3.12.2019 Erw. 4.3).

Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388, U 244/04 Erw. 3.1; Urteil BGer 8C_344/2021 vom 7.12.2021 Erw. 7.2). In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person pro-

agnostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden. Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (SVR 2020 UV Nr. 24 S. 95, 8C_614/2019 Erw. 5.2 mit Hinweisen).

4.5 Der Untersuchungsgrundsatz (Art. 61 lit. c ATSG) verpflichtet das Sozialversicherungsgericht, von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 Erw. 3.2 S. 429 f.; BGE 138 V 218 Erw. 6 S. 221 f.).

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c). Bei einander widersprechenden medizinischen Berichten darf das Gericht 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 Erw. 2.2.2). Bestehen indes auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. oben Erw. 4.1).

5.1 Gemäss Beschwerdeführer bestehen aufgrund der diametral voneinander abweichenden medizinischen Beurteilungen an den Beurteilungen von Dr.med. J._____ mehr als nur geringe Zweifel. So gehe dieser von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes aus, eine prophylaktische Stabilisierungsoperation der HWS sei nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 23. Juli 2020 zurückzuführen. Demgegenüber vertrete Dr.med. I._____ die Ansicht, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Unfalls vom 23. Juli 2020 eine Contusio spinalis bei engem Spinalkanal C3/4 erlitten habe und ihm somit eine Stabilisierung des Segmentes C3/4 zu empfehlen sei. Anders würde der Fall gemäss Dr.med. I._____ liegen, wenn lediglich ein enger Spinalkanal vorläge ohne Vorgeschichte einer Contusio spinalis; dann bräuchte es keine prophylaktische Dekompression. Als widersprüchlich erachtet der Beschwerdeführer auch, dass gemäss USZ-Bericht vom 3. November 2020 eine operative Erweiterung zu diskutieren sei; die Einengung sei zwar vorbestehend, aber durch den Unfall noch weiter beeinträchtigt worden, weshalb es zu einer grösseren oder einer erhöhten Gefahr von zukünftigen Beeinträchtigungen bei erneuten Unfällen komme. Im Bericht vom 17. November 2021 heisse es dann auf einmal, es bestehe bei nicht vorhandener Wirbelsäulenverletzung keine Indikation zur protektiven dorsalen Stabilisierung.

Gemäss Dr.med. I._____ habe der Beschwerdeführer eine Contusio spinalis auf Höhe C3/4 erlitten, von welcher bis heute residuelle Schäden resultierten. Dies spreche dafür, dass dieses Segment, das eine fast doppelt so grosse Beweglichkeit für Inklinaton / Reklination zeige, nicht so stabil sei wie die angrenzenden, weshalb er die Stabilisierungsoperation anbiete. Diese Ansicht teile auch Dr.med. M._____. Mit der Stellungnahme vom 1. Februar 2022 würden die Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung bestätigt, weshalb weitere Abklärungen notwendig seien.

Laut Beschwerdeführer stehe aber ohnehin fest, dass der Unfall vom 23. Juli 2020 eine bzw. die entscheidende Teilursache für den aktuellen Gesundheitszustand sei. Bis heute würden leichte residuelle Schäden resultieren und die Gesundheit sei noch immer insofern stark beeinträchtigt, als schon ein Bagatellunfall ausreiche, um allenfalls eine Rückenmarksverletzung auszulösen. Dies müs-

se nicht nur bei Risikosport der Fall sein, sondern könne auch bei der Arbeit als Chauffeur eintreten. Daher könne nicht geschlussfolgert werden, die prophylaktische Stabilisierungsoperation der HWS sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 23. Juli 2020 zurückzuführen. Das F. _____ habe ja festgestellt, die Einengung sei zwar vorbestehend, aber durch den Unfall weiter beeinträchtigt worden, es komme zu einer grösseren oder erhöhten Gefahr von zukünftigen Beeinträchtigungen. Auch gemäss Dr.med. I. _____ sei hier nicht der Vorzustand das Problem, sondern die zusätzliche unfallbedingte Schädigung, ohne welche auch er keine Stabilisierungsoperation empfehlen würde. Entsprechend könne beim Unfall auch nicht von einer Gelegenheits- oder Zufallsursache gesprochen werden.

Schliesslich ist gemäss Beschwerdeführer der Fallabschluss per 30. September 2021 ohnehin verfrüht und wohl einzig durch die beabsichtigte Stabilisierungsoperation, bzw. deren Nichtübernahme, motiviert. Tatsache sei, dass er weiter in Behandlung sei. Es stünden weitere Untersuchungen bei der Neurologin Dr.med. E. _____ an, die Wiedervorstellung zur Verlaufskontrolle am F. _____ und ebenso die Fortsetzung der Osteopathie und Physiotherapie. Die Behandlung sei nicht abgeschlossen; es sei von einer nicht unbedeutenden Verbesserung auszugehen, welche sich ja nicht bloss auf die Arbeitsfähigkeit beziehe.

Von Bedeutung sei zudem, dass die Suva ihre Leistungspflicht anerkannt habe, weshalb sie nun nachzuweisen habe, dass der Unfall jegliche Bedeutung verloren habe. Nach dem Gesagten liege aber sicher kein Gesundheitszustand vor, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe und auch kein Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte. Entsprechend sei die Suva weiterhin leistungspflichtig.

5.2 Replizierend bekräftigt der Beschwerdeführer, an den Beurteilungen von Dr.med. J. _____, auch jener vom 22. Februar 2022, bestünden mehr als nur geringe Zweifel. So spreche nun auch dieser von Signalveränderungen in Höhe HWK 3/4. Dass diese kein klinisches und elektrophysiologisches Korrelat haben sollen, könne hingegen ebenso wenig gesagt werden, wie dass die geklagten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen seien. Und wenn Dr.med. J. _____ nun ausführe, die Befunde im Halsmark seien im F. _____ im Verlauf unterschiedlich interpretiert worden, so sei darauf hinzuweisen, dass diesbezüglich eben gerade widersprüchliche Beurteilungen vorlägen und ergänzende Abklärungen angezeigt seien. Es brauche eine detaillierte elektrophysiologische und neurophysiologische Untersuchung unter Einschluss von hitze-evozierten Potentialen zur Beurteilung der spinothalamischen

Bahnen. Für den Beschwerdeführer steht aufgrund der Akten fest, dass der Unfall vom 23. Juli 2020 die entscheidende Teilursache für den aktuellen Gesundheitszustand ist, der sich dadurch kennzeichne, dass er weiterhin an residuellen Beschwerden leide und die Gesundheit noch immer stark beeinträchtigt sei im dem Sinne, als schon ein Bagatellunfall eine Rückenmarksverletzung auslösen könne.

Weiter vertritt der Beschwerdeführer die Auffassung, die Stabilisierungsoperation, die für den 31. März 2022 geplant sei, erfülle ebenso die auch in der Unfallversicherung relevanten WZW-Kriterien.

6.1 Das Unfallereignis vom 23. Juli 2020 ist unbestritten. Es fiel eine rund 25kg schwere Leerpalette von einem Lastwagen und traf den Beschwerdeführer am Kopf. Dies verursachte einen vorübergehenden Verlust jeglichen Gefühls an Beinen und Armen des Beschwerdeführers, jedoch keine Bewusstlosigkeit. Der Beschwerdeführer wurde zur 24h-Überwachung ins F. _____ überführt.

Aus den medizinischen Berichten ergibt sich ebenso übereinstimmend, dass der Unfall den Beschwerdeführer nicht unvorbelastet traf. Die Diagnose einer vorbestehenden degenerativen, median und paramedian, rechtsbetonten sowie rechtsforaminalen Diskusprotrusion mit Einengung des Rezessus sowie des Neuroforamens HWK 3/4 mit geringgradiger Spinalkanalstenose wird in keinem Bericht bestritten. Auch Dr.med. I. _____ bestätigt diesen Vorbefund.

6.2 Im Rahmen der Hospitalisation wurde der Beschwerdeführer klinisch und bildgebend untersucht (Suva-act. 17, 26 - 28). Die Abklärungen ergaben, dass der Unfall zu keinen strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule geführt hat. Im CT Hals Thorax Abdomen Wirbelsäule mit i.V. Kontrastmittel vom 23. Juli 2020 konnten traumatische Organ- oder Weichteilläsionen sowie Läsionen der ossären Strukturen ebenso ausgeschlossen werden (Suva-act. 27) wie auch im MRI HWS nativ vom 24. Juli 2020 (Suva-act. 28). Im Bericht F. _____ vom 17. November 2021 (vgl. oben Erw. 2.13) wird bestätigt, eine Wirbelsäulenverletzung sei nicht vorhanden.

Entsprechend ist nachvollziehbar, dass Dr.med. J. _____ in seinem ersten Bericht vom 8. September 2021 festhielt, die Symptomatik sei im Austrittsbericht als Contusio spinalis bei degenerativer, mittelgradig und rechtsbetonter Spinalkanalstenose bezeichnet worden, man müsste richtigerweise aber wegen des Verlaufs und des fehlenden Nachweises einer strukturellen Schädigung von einer leichteren Form, einer Commotio spinalis, sprechen (Suva-act. 62). Untermuert wird die Richtigkeit dieser Beurteilung durch die Tatsache, dass die behandelnden Ärzte einzig im Austrittsbericht vom 27. Juli 2020 von einer erlittenen Contu-

sio spinalis sprechen (vgl. Suva-act. 17). Bereits ab der nächsten (Verlaufs-)Kontrolle im September 2020 diagnostizieren sowohl die Traumatologen des F._____ als auch die Neurologin Dr.med. E._____ nur noch eine - weniger gravierende - Commotio spinalis (bei degenerativer, mittelgradiger und rechtsbetonter Spinalstenose bei Diskusprotusion C3/4; vgl. Suva-act. 23, 37, 39, 77, 88). Zum einen ist daher die Feststellung von Dr.med. J._____ nicht zu beanstanden. Zum andern ist nicht nachvollziehbar, dass Dr.med. I._____ entgegen diesen medizinischen Berichten durchwegs von einer Contusio spinalis ausgeht (Suva-act. 55; Bf-act. 3). In seinen - zwei - Berichten fehlt jegliche Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass die behandelnden Ärzte von einer Commotio spinalis ausgehen; er begründet nicht, warum er entgegen dem die Diagnose einer Contusio spinalis stellt.

6.3 Wenn nun aber alle behandelnden Ärzte von einer Commotio spinalis ohne strukturelle Läsionen als Unfallfolge ausgehen, dann ist die von Dr.med. I._____ angeführte Begründung für eine Stabilisierungsoperation, dass nämlich Patienten, welche aufgrund einer Spinalkanalstenose eine Contusio spinalis erlitten haben, ein erhöhtes Risiko haben, eine erneute Rückenmarksverletzung zu erleiden, nicht einschlägig. Dass ohne Vorgeschichte einer Contusio spinalis keine prophylaktische Dekompression notwendig ist, bestätigt auch Dr.med. I._____. Nachdem sämtliche Berichte nach dem Austrittsbericht keine Contusio spinalis bestätigen und der Unfall zu keiner strukturellen Läsion geführt hat, fehlt es somit an der von Dr.med. I._____ angeführten Operationsindikation. Damit erscheint es als nachvollziehbar, dass sowohl der Traumatologe der Suva (Suva-act. 56) als auch der Neurologe Dr.med. J._____ (Suva-act. 62) ausgeschlossen haben, dass die Stabilisierungsoperation zur Behandlung von Unfallfolgen durchgeführt würde.

Nichts Anderes folgt aus dem Bericht der Traumatologen F._____ vom 17. November 2021, wonach bei nicht vorhandener Wirbelsäulenverletzung durch den Unfall vom 23. Juli 2020 keine Indikation zur protektiven dorsalen Stabilisierung besteht (Suva-act. 86). Auch Dr.med. E._____ nimmt diese Therapiemöglichkeit nicht auf und macht nach der Verlaufskontrolle im September/Okttober 2021 unter Procedere keine Vorschläge für ein operatives Vorgehen (Suva-act. 80). Dies wäre aber zu erwarten gewesen, nachdem der Beschwerdeführer sie über die Empfehlung einer Stabilisierungsoperation informiert hat (was sie im Bericht festhält, Suva-act. 80) und wenn sie in den klinischen und apparativen Untersuchungen einen Befund festgestellt hätte, der für eine entsprechende Therapie gesprochen hätte. Da sie dieses Procedere trotz Thematisierung nicht vorschlug, muss davon ausgegangen werden, dass sie keinen medizinischen

Grund hierfür zu erkennen vermochte. Die Beurteilung von Dr.med. I. _____ findet im Bericht von Dr.med. E. _____ insoweit keine Stütze.

Unbehilflich ist sodann der beschwerdeführerische Verweis auf Dr.med. M. _____. Aus den Akten muss geschlossen werden, dass diesem die medizinischen Akten nicht bekannt waren, sondern dass er von Dr.med. I. _____ mündlich um eine Einschätzung angefragt wurde. Ein schriftlicher Bericht von Dr.med. M. _____ liegt nicht im Recht. Damit liegt einzig eine Rückmeldung von Dr.med. I. _____ vor, ohne Rückschlüsse darauf, welche Informationen er gab und was genau Dr.med. M. _____ antwortete. Derart unspezifische Informationen sind aber per se nicht geeignet, Zweifel an den im Übrigen übereinstimmenden Berichten zu erwecken. Kommt hinzu, dass sich dem Verweis auf die Aussage von Dr.med. M. _____ (Bf-act. 3) ohnehin keine Aussage entnehmen lässt, ob sich dieser mit der hier allein interessierenden Frage, ob die Stabilisierungsoperation der Behandlung einer Unfallfolge dient, überhaupt auseinandergesetzt hat oder nicht. Selbst wenn er die im Bericht vom 1. Februar 2022 wiedergegebenen Antworten gegeben haben sollte, kann daraus nicht ohne weiteres abgeleitet werden, dass er im Unfall vom 23. Juli 2020 die Ursache für die Operation sieht oder dass er der Einschätzung der Suva-Ärzte oder der USZ-Traumatologen widersprechen würde.

Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers liegt auch kein Widerspruch in den Berichten des F. _____ vom 3. November 2020 und vom 17. November 2021 vor. Im ersten Bericht wird die Möglichkeit, den Eingriff zu diskutieren, angesprochen aufgrund der Einengung der Spinalkanäle. Diese sei vorbestehend, aber durch den Unfall noch weiter beeinträchtigt. Allerdings wurde die akute Operationsindikation bei nur geringer Enge schon damals explizit ausgeschlossen. Dann folgten zwei weitere Verlaufskontrollen inkl. Bildgebung und eine weitere neurologische Abklärung, worauf von einer protektiven dorsalen Stabilisierung mangels Wirbelsäulenverletzung ausdrücklich abgeraten wurde (vgl. Suva-act. 41 und 86). Mithin wurde rund 3 Monate nach dem Unfall die operative Erweiterung als möglicher Diskussionspunkt angesprochen, aber schon damals abgelehnt, und ein Jahr später nach weiteren klinischen, apparativen und neurologischen Untersuchungen sowie der Diagnose einer kompletten Rückbildung der ursprünglich inkompletten Tetraplegie die Indikation zur Operation verneint. Darin kann weder eine in sich widersprüchliche Beurteilung, noch ein Widerspruch zur Beurteilung der Suva-Ärzte gesehen werden.

6.4 Im Schreiben vom 1. Februar 2022 erklärt Dr.med. I. _____, der Bericht gründe auf einem 'informativen Gespräch' mit dem Beschwerdeführer (in Begleitung eines Bekannten) vom 26. Januar 2022. Der Bericht wiederholt die Diagno-

se aus dem Bericht vom 22. Juli 2021. Unter 'Zwischenanamnese' wird der Inhalt des Gesprächs wiedergegeben. Es fehlen aber jegliche Hinweise, dass dem Bericht auch eine (erneute) Untersuchung zugrunde läge, eine Anamnese oder ein klinischer Befund erhoben worden wäre. Auch findet keinerlei Auseinandersetzung mit den seit dem 21. Juli 2021 (erste Sprechstunde) erfolgten apparativen, labormedizinischen, neurologischen und klinischen Untersuchungen statt. Dr.med. I. _____ äussert sich in keiner Weise zu den klinisch festgestellten Veränderungen, den veränderten Diagnosen oder den Beurteilungen von Dr.med. E. _____ oder der USZ-Traumatologen. Er geht nicht darauf ein, dass sich subjektiv der Zustand deutlich verbessert hat, die klinisch-neurologische Untersuchung im Vergleich zur Voruntersuchung eine Befundbesserung mit Normalisierung der vormals eingeschränkten Sensibilität an den Beinen, sowie einer verbesserten sensiblen Ataxie ergab und die Neurologin die Tendenz einer Befundverschlechterung der somatosensibel-evozierten Potentiale differential-diagnostisch am ehesten im Rahmen eines ausgeprägten Folsäuremangels erklärt sieht, da die MRI-Untersuchung der ganzen Wirbelsäule einen stabilen Befund ergab in Bezug auf den residualen Zustand nach posttraumatischer Myelopathie und keine Hinweise auf neurale Kompressionen (Suva-act. 80). Auch geht Dr.med. I. _____ nicht auf den Bericht des F. _____ ein, welches insgesamt "geringe klinische Auffälligkeiten" dokumentierte und feststellte, der Beschwerdeführer sei 100% arbeitsfähig und in seinem Alltag nicht eingeschränkt. Es fehlt eine Aussage zur Diagnose vom November 2021, wonach nun eine komplett regrediente inkomplette Tetraplegie vorlag und keine Wirbelsäulenverletzung. Auch fehlt es an einer Entgegnung auf die explizite Feststellung, es liege keine Indikation für eine protektive dorsale Stabilisierung vor (Suva-act. 86). Vielmehr beschränkt sich Dr.med. I. _____ auf die Bestätigung, dass er dem Beschwerdeführer - wie bereits im Juli 2021 - die Stabilisierung des Segmentes C3/4 anbiete. Wenn er dann wiederholt, der Beschwerdeführer habe unfallbedingt eine Contusio spinalis erlitten, so erfolgt dies ohne Auseinandersetzung mit den davon abweichenden Diagnosen. Die Aussage, der Beschwerdeführer leide weiterhin an residuellen Beschwerden, erfolgt - wie erwähnt - ohne Erhebung eines Befundes und ohne Auseinandersetzung mit den zwischenzeitlich ergangenen Berichten. Was die von Dr.med. I. _____ angesprochene Myelonschädigung, welche im MRI sichtbar sei, anbelangt, so begründet er nicht, warum diese - überwiegend wahrscheinlich - unfallbedingt ist, nachdem der Beschwerdeführer unbestrittenermassen eine vorbestehende Spinalkanalstenose aufweist und diese auch Signalveränderungen bewirken können (vgl. Bericht Dr.med. J. _____ vom 22.2.2022).

6.5 Damit aber vermag die Beurteilung von Dr.med. I. _____ an den Beurteilungen der weiteren Ärzte keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken. Vielmehr ist die Suva zu Recht der Beurteilung von Dr.med. J. _____ gefolgt, wonach das Unfallereignis vom 23. Juli 2020 lediglich einen klinisch stummen Vorzustand zum Vorschein gebracht, diesen aber nicht richtungsgebend verschlimmert hat. Damit aber zielt die operative Stabilisierung des Segmentes C3/4 nicht, auf jeden Fall nicht überwiegend wahrscheinlich, auf die Behandlung einer Unfallfolge ab, weshalb die Suva eine Leistungspflicht für diesen Eingriff zu Recht verneint hat.

6.6 Auch der Fallabschluss per Ende September 2021 ist nicht zu beanstanden.

6.6.1 Der Beschwerdeführer wurde noch am Unfalltag (23.7.2020) zur 24-stündigen GCS-Überwachung bei leichtem Schädel-Hirn-Trauma ins F. _____ überführt. Bereits am 25. Juli 2020 konnte er in gutem Allgemeinzustand entlassen werden. Er wurde aufgefordert, sich bei neurologischen Symptomen umgehend wieder vorzustellen. Es ist nicht aktenkundig, dass dies notwendig war. Analgetika sollte er nach Massgabe der Beschwerden nehmen, die Mobilisation wurde vollständig erlaubt. Schliesslich wurde ihm eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 30. Juli 2020 attestiert (Suva-act. 17, 2). Der Hausarzt verlängerte diese bis 23. August 2020 (Suva-act. 10, 11); ab 24. August 2020 galt eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (jeweils halbtags bei 100% Leistungsfähigkeit) bis 13. September 2020 (Suva-act. 11).

In der Verlaufskontrolle vom 9. September 2020 zeigte sich der Beschwerdeführer schmerz kompensiert, aber mit intermittierenden Gefühlsstörungen in den Finger- und Zehenspitzen, weshalb eine neurologische Untersuchung inklusive apparative Diagnostik veranlasst wurde. Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit wurde bis 11. Oktober 2020 bestätigt (Suva-act. 23) und dann bis 31. Oktober 2020 verlängert (Suva-act. 36). Es entspricht dies der Beurteilung von Dr.med. E. _____ nach der neurologischen Untersuchung vom 7. Oktober 2020 (Suva-act. 38); sie hielt fest, der Beschwerdeführer sei in seinem Leistungsvermögen als LKW-Chauffeur und verschiedenen Tätigkeiten (wie Überkopparbeiten, feinmotorischen Tätigkeiten, solche mit komplexen Anforderungen ans Gleichgewicht) noch eingeschränkt, eine Pensumerhöhung könne unter Berücksichtigung dieser Auflagen schrittweise angestrebt werden. In der Verlaufskontrolle im F. _____ vom 28. Oktober 2020 wurde eine weitere Verbesserung bei Restsymptomen dokumentiert. Als Therapie wurde Physiotherapie sowie die Vitamin B12-Gabe verordnet und eine Verlaufskontrolle in sechs Monaten vereinbart. Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit wurde noch bis 31. Oktober 2020 attestiert (Suva-act. 41). Ski-

fahren wurde für die Saison 2020/2021 und das Betreiben von Risikosport vorübergehend 'verboten' (Suva-act. 40).

Am 1. November 2020 erreichte der Beschwerdeführer wieder die volle Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 41, 43, 45). Die Suva bestätigte ihm, weiterhin für Osteopathie und Physiotherapie aufzukommen, die Leistungspflicht später erneut zu überprüfen (Suva-act. 40).

In der Verlaufskontrolle vom 28. April 2021 wurde ein regelrechter Heilungsverlauf festgestellt. Die Schmerzen waren komplett regredient, die inkomplette Tetraplegie hat sich komplett zurückgebildet. Sensibilitätsstörungen, Kraftstörungen oder sonstige Beschwerden wurden seitens Beschwerdeführer verneint. Es wurde neuerlich eine Verlaufskontrolle in sechs Monaten vereinbart.

Im Rahmen der Sprechstunde für eine Zweitmeinung am 22. Juli 2021 hat Dr.med. I. _____ die oben erwähnte Stabilisierungsoperation vorgeschlagen (Suva-act. 55).

Nach weiterer neurologischer Verlaufskontrolle im September 2021 empfahl Dr.med. E. _____ die Fortsetzung der Osteopathie und Physiotherapie sowie die Einnahme von Folsäure und Vitamin B12. Im Übrigen sah sie aus neurologischer Sicht keinen Bedarf für weitere Massnahmen (Suva-act. 80).

In der Verlaufskontrolle am F. _____ vom 3. November 2021 wurden nur geringe klinische Auffälligkeiten festgestellt. Der Beschwerdeführer sei zu 100% arbeitsfähig und in seinem Alltag nicht eingeschränkt. Eine Operationsindikation wurde verneint. Empfohlen wurde die Einnahme von Folsäure und Vitamin B12. Vereinbart wurde eine weitere Verlaufskontrolle in sechs Monaten.

6.6.2 Aus diesem aktenmässigen Verlauf ergibt sich, dass dem Beschwerdeführer bereits bei Spitalaustritt am 25. Juli 2020 keine ärztliche Behandlung empfohlen werden musste. Nach rund einem Monat war er wieder teilarbeitsfähig und nach drei Monaten erlangte er die volle Arbeitsfähigkeit. Mithin war er in seiner Arbeitsfähigkeit ab November 2020 überhaupt nicht mehr eingeschränkt, was ausschliesst, dass weitere Massnahmen sich noch namhaft auf die Steigerung der Arbeitsfähigkeit hätten auswirken können (vgl. oben Erw. 4.4).

Der Beschwerdeführer führt allerdings zu Recht aus, dass das Erreichen der Arbeitsfähigkeit nicht das alleinige Kriterium für den Fallabschluss darstellt. So kann die Arbeitsfähigkeit trotz Unfall mit Verletzungsfolgen ggfs. gar nie eingeschränkt gewesen sein (vgl. Urteil BGer 8C_183/2020 vom 22.4.2020) oder sie kann wieder erreicht sein und die Heilbehandlung dennoch zu einer namhaften Besserung der Gesundheit führen. In beiden Fällen kann für den Unfallversicherer eine Leistungspflicht für Heilbehandlung nach Art. 10 UVG bestehen. Ent-

scheidend ist, ob ein medizinisch-therapeutischer Endzustand eingetreten ist (vgl. auch Urteile BGer 8C_614/2019 vom 29.1.2020 Erw. 5.3; 8C_208/2021 vom 22.11.2021 Erw. 5.1; 8C_183/2020 vom 22.4.2020 Erw. 4.3.2). Dies ändert vorliegend aber nichts daran, dass die Suva den Fall per 30. September 2021 abschliessen durfte.

Ob von weiteren medizinischen Massnahmen eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann, ist prognostisch zu beurteilen (vgl. oben Erw. 4.4). Wie bereits ausgeführt, wurden vorliegend schon bei Spitalaustritt keine auf eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil BGer 8C_306/2016 vom 22.9.2016 Erw. 5.3 mit Hinweis) verordnet. Als solche gelten weder ärztliche Verlaufskontrollen, noch die Einnahme von Medikamenten, manualtherapeutische Behandlungen oder Physiotherapie. Der Beschwerdeführer wurde lediglich alle sechs Monate zu Verlaufskontrollen aufgeboten, was den Fallabschluss rechtsprechungsgemäss ebenso wenig zu verhindern vermag wie die vom Beschwerdeführer besuchte Osteopathie und Physiotherapie. Dennoch hat die Suva hierfür noch bis Ende September 2021 Leistungen erbracht. Schon in der Verlaufskontrolle vom 28. April 2021 verneinte der Beschwerdeführer Sensibilitätsstörungen, Kraftstörungen oder sonstige Beschwerden. Nach der neurologischen Untersuchung im September/Okttober 2021 wurden weitere Massnahmen (neben Osteopathie, Physiotherapie und Einnahme von Folsäure sowie Vitamin B12) aus neurologischer Optik ausgeschlossen. In der traumatologischen Untersuchung vom 3. November 2021 wurde die Diagnose einer komplett regredienten inkompletten Tetraplegie gestellt und festgestellt, der Beschwerdeführer sei voll arbeitsfähig und im Alltag nicht eingeschränkt. Vereinbart wurde neuerlich nur eine weitere Verlaufskontrolle. Damit aber ist spätestens per Ende September 2021 vom medizinischen Endzustand auszugehen bzw. durfte die Suva in prognostischer Beurteilung der Aktenlage davon ausgehen, dass über den 30. September 2021 hinaus keine ärztliche Behandlung notwendig ist, die noch zu einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes führen würde. Dass die dann noch angestrebte operative Stabilisierung des Segmentes C3/4 nicht der Behandlung einer Unfallfolge diene, wurde zuvor bereits ausgeführt.

6.7 Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde damit als unbegründet. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Suva den Fall per 30. September 2021 abschloss und darüber hinaus den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen, namentlich auch für eine damals beabsichtigte Operation (Stabilisierungsoperation der HWS) ausschloss.

7. Es werden keine Kosten erhoben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang keiner (Art. 61 lit. f^{bis} und g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 16. Mai 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 31. Mai 2022