

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2024 34

Entscheid vom 12. November 2024

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

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

gegen

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

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

Sachverhalt:

A.1 A. _____ (Jg. 1958) war seit dem 1. Januar 1992 bei der C. _____ AG, als Produktionsmitarbeiter angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert, als er am 2. März 2018 frühmorgens auf einer Eisfläche ausgerutscht ist und mit Rückenbeschwerden den Arzt aufsuchte. Der behandelnde Arzt attestierte ab dem 2. März 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. Unfall 2018 9). PD Dr.med. D. _____ (Facharzt Radiologie) gelangte nach einem MR der LWS vom 8. März 2018 zur Beurteilung einer Diskusprotrusion LWK 4/5 mit Anulus fibrosus Einriss und Bandscheibenkontakt zu den Nervenwurzeln L4 beidseits foraminal und L5 beidseits rezessal (Suva-act. Unfall 2018 13). Bereits mit Schreiben vom 7. März 2018 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht (Suva-act. Unfall 2018 1, 2 und 3).

A.2 Nachdem der Kreisarzt zur Beurteilung gelangte, eine überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Diskushernie lasse sich ausschliessen; es sei beim Unfallereignis vom 2. März 2018 allenfalls zu einer vorübergehenden nicht richtungsgebenden Exazerbation einer vorbestehenden überwiegend wahrscheinlich durch Verschleiss und Abnutzung bedingten degenerativen Wirbelsäulenerkrankung gekommen; nach sechs Monaten sei der status quo sine erreicht (Suva-act. Unfall 2018 30), informierte die Suva A. _____ über die Leistungseinstellung per 15. September 2018. Nachdem A. _____ dagegen opponierte, verfügte die Suva am 27. September 2018 den Fallabschluss und die Leistungseinstellung per 15. September 2018. Eine dagegen erhobene Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 4. Januar 2019 ab (Suva-act. Unfall 2018 43, 44, 55). Am 4. Februar 2019 liess A. _____ Verwaltungsgerichtsbeschwerde erheben, welche mit VGE I 2019 11 vom 11. September 2019 abgewiesen wurde. Das Verwaltungsgericht stellte fest, es sei nicht zu beanstanden, wenn die Suva gestützt auf die versicherungsinternen Beurteilungen sowie mit Verweis auf die Rechtsprechung betreffend Bandscheibenvorfälle festhalte, dass die Diskushernie einerseits nicht unfallkausal sei und andererseits die nach dem 15. September 2018 - also über sechs Monate nach dem Unfall - bestehenden Beeinträchtigungen am Rücken nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Unfall vom 2. März 2018, sondern nur noch mit dem schicksalsmässigen Verlauf erklärt werden könnten.

B. Mit Schadenmeldung vom 14. Februar 2022 informierte die E. _____ Arbeitslosenkasse die Suva, der am 1. Dezember 2019 arbeitslos gewordene und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversicherte A. _____ sei am 10. Februar 2022 bei der Praxis F. _____ auf der Treppe hingefallen. Schulter

rechts und Rücken rechts seien betroffen; er sei arbeitsunfähig (Suva-act. 1). Mit Schreiben vom 16. Februar 2022 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht (Suva-act. 2).

C. Mit formlosen Schreiben vom 19. Juli 2022 schloss die Suva den Fall per 31. Juli 2022 ab und stellte die Taggeld- und Heilkostenleistungen per ebendann ein. Die noch geklagten Rückenbeschwerden seien nicht mehr unfallbedingt und der Status quo sine spätestens nach vier Monaten erreicht (Suva-act. 45). Nachdem A. _____ den Erlass einer einsprachefähigen Verfügung verlangte und die Suva weitere medizinischen Akten sowie eine Zweitmeinung einholte, verfügte sie am 20. Februar 2023 den Fallabschluss per 11. August 2022; ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen wurde abgelehnt (Suva-act. 106).

Am 7. März 2023 erhob der Krankenversicherer vorsorgliche Einsprache (Suva-act. 111), welche nach Akteneinsicht am 17. März 2023 zurückgezogen wurde (Suva-act. 116).

Die von A. _____ am 22. März 2023 eingereichte Einsprache (Suva-act. 117) hiess die Suva mit Schreiben vom 26. April 2023 gut. Sie nahm die Verfügung vom 20. Februar 2023 zurück und erbrachte weiterhin die gesetzlichen Leistungen (Suva-act. 139).

D. Nach neuerlicher Prüfung der Leistungspflicht verfügte die Suva am 15. Januar 2024, die aktuell bestehenden Beschwerden an der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule seien nicht mehr unfallbedingt. Der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall vom 10. Februar 2022 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens nach sechs Monaten erreicht. Die Sachlage verpflichte die Suva, den Fall per 15. Januar 2024 abzuschliessen und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abzulehnen; die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt. Mangels Vorliegen adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. 199).

Die von A. _____ am 15. Februar 2024 eingereichte Einsprache (Suva-act. 215) wies die Suva mit Entscheid vom 5. April 2024 ab (Suva-act. 225).

E. Am 26. April 2024 lässt A. _____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 5. April 2024 (ES01258/2024) sei dahingehend abzuändern, dass diese dem Beschwerdeführer für die Folgen der Ereignisse vom 2. März 2018 und vom 10. Februar

2022 die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auch nach dem 14. Januar 2024 zu erbringen hat.

2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides der Suva vom 5. April 2024 (ES01258/2024) zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder das Gericht habe selber ergänzende Abklärungen anzuordnen.
3. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

F. Mit Vernehmlassung vom 14. Mai 2024 beantragt die Suva:

Die Beschwerde sei, soweit darauf einzutreten ist, abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 5. April 2024 sei zu bestätigen.

Mit Replik vom 21. August 2024 hält der Beschwerdeführer vollumfänglich an den Anträgen gemäss Beschwerdeschrift vom 26. April 2024 fest, wobei er zwei neue Berichte des behandelnden Arztes einreichte (Bf-act. 3, 4). Zu diesen holte die Suva neuerliche Beurteilungen zweier Versicherungsmedizinerinnen ein und hielt mit Duplik vom 18. Oktober 2024 am Antrag der Vernehmlassung fest. Am 6. November 2024 reicht der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht des behandelnden Arztes vom 5. November 2024 ein.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen sowie auf ein Taggeld, falls sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird die versicherte Person infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

1.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2 je mit Hinweisen).

1.2.2 Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen).

1.2.3 Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen (Urteil BGer 8C_634/2022 vom 23.12.2022 E. 3.1), während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 2). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3).

1.3 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 E. 5.1; Urteil BGer 8C_379/2023 vom 9.1.2024 E. 2.2.3).

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 E. 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 E. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 E. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 E. 3.1).

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

1.5 Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die 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 (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1).

1.6 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit ver-

bundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

1.7 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.

1.7.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C_179/2023 vom 20.10.2023 E. 4.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

1.7.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der

versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

1.7.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4; 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

1.7.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

2. Nach Eingang der Schadenmeldung vom 14. Februar 2022 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht. Mit Verfügung vom 15. Januar 2024, bestätigt mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. April 2024, schloss die Suva den Fall gleichentags ab. Die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) wurden auf diesen Zeitpunkt eingestellt und ein Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung mangels Vorliegen adäquater Unfallfolgen abgelehnt (Suva-act. 199). Dieser Fallabschluss und die Leistungseinstellung erfolgten gemäss Beschwerdeführer

zu Unrecht; es seien Taggelder und Heilkosten auch noch nach dem 14. Januar 2024 zu gewähren und langfristig eine IV-Rente. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist daher, ob die Suva den Fall zu Recht unter Einstellung der Leistungen und Ablehnung eines Rentenanspruchs abgeschlossen hat.

Betreffend Unfallereignis und Gesundheitsverlauf ergibt sich hierzu aus den Akten Folgendes:

2.1 Gemäss Schadenmeldung vom 14. Februar 2022 ist der Beschwerdeführer am 10. Februar 2022 auf einer Treppe hingefallen, wobei er sich an der rechten Schulter und am Rücken rechts verletzt habe (Suva-act. 1). Die P. _____, wo nach dem Sturz die Erstbehandlung erfolgte, dokumentierte "Treppensturz am 10.2.22 auf dem Weg zur Physiotherapie" (Suva-act. 161). Dem Austrittsbericht der Hospitalisation vom 21. Februar 2022 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei am Morgen auf Schnee ausgerutscht und dabei gestürzt (Suva-act. 4). Dr.med. G. _____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) hält unter Anamnese im Bericht zur Konsultation vom 24. März 2022 fest, der Beschwerdeführer sei am 10. Februar 2022 vor der Physiotherapie von der Treppe gestürzt (Suva-act. 35). Gemäss Bericht des Neurologen vom 30. Mai 2023 habe der Beschwerdeführer ausgeführt, bei beiden Unfällen (2018 und 2022) jeweils auf die linke Hand gestürzt zu sein (Suva-act. 147).

2.2 Unmittelbar nach dem Sturz wurde der Beschwerdeführer in der P. _____, welche sich im Haus am Unfallort befindet, erstuntersucht und dann notfallmässig bei Verdacht auf eine C5-Fraktur ins Spital H. _____ überführt (Suva-act. 4, 161), wo er bis am 12. Februar 2022 stationär verblieb. Gemäss Austrittsbericht vom 21. Februar 2022 habe er nach dem Sturz über massive Bewegungs- und Belastungsbeschwerden von Seiten der gesamten HWS, BWS und LWS bei gleichzeitigen Schmerzen von Seiten der linken Hand wie auch der rechten Hüfte geklagt. Röntgen und CT (HWS, BWS, LWS, Hand links) waren unauffällig (Suva-act. 8), ebenso der klinische Befund betreffend Kopf, Hals- und Lymphknotenstatus, Herz-, Thorax-, Lungenbefund und Abdomen. Auch die periphere Sensomotorik und Durchblutung war ohne pathologischen Befund. Weiter dokumentiert wurden folgende

Lokalbefunde

Gebücktes Gangbild, hier ausgesprochene Schmerzangabe von Seiten der rechten Hüfte. Daneben gibt der Patient ausgeprägte HWS-, BWS- und LWS-Schmerzen an sowie Schmerzen von Seiten der linken Hand.

Freie Hüftgelenksbeweglichkeit rechts, freie Hand- und Handgelenksbeweglichkeit links, Schmerzen werden im Bereich der rechten Hüfte über dem Trochanter major und im Bereich der linken Hand vor allem auf Höhe des Metakarpale II und III

Köpfchens angegeben. Daneben ausgeprägte Druck- und Klopfschmerzen von Seiten der gesamten HWS, BWS und LWS. Die periphere Sensomotorik und Durchblutung sind jedoch o. B. Der Reflexstatus zeigt keine Pathologie.

Es wurden folgende **Diagnosen** gestellt:

Massives HWS-, BWS- und LWS-Kontusions- und -Distorsionstrauma ohne neurologische Ausfälle
Handdistorsion links
Hüftkontusion rechts

Der Beschwerdeführer konnte am 12. Februar 2022 bei deutlicher Beschwerdebesserung nach Hause entlassen werden. Es wurde empfohlen, die bereits früher begonnene Physiotherapie fortzusetzen.

2.3 Im Rahmen der Notfalluntersuchung im Spital wurden noch am Unfalltag (10.2.2022) ein Röntgen der linken Hand, sowie Röntgen der HWS, BWS und LWS und ein CT der HWS je bei klinischer Angabe Status nach Sturz und der Frage nach Frakturen durchgeführt (Suva-act. 8):

Die Bildgebung bezüglich der linken Hand war ohne Befund.

Das CT der HWS ergab folgenden Befund:

Keine Dislokation
Keine AP für eine frische posttraumatische Skelettläsion.
Fehlhaltung mit degenerativen Skelettveränderungen.

Zu den Röntgen HWS, BWS und LWS wurde folgender Befund dokumentiert:

HWS mit rechtskonvexer skoliotischer und Streckfehlhaltung. Gutes Alignment der Wirbelkörperhinterkanten, keine Dislokation. Keine sichere frische posttraumatische Skelettläsion. Diffuse degenerative Skelettveränderungen.

Angedeutete linkskonvexe skoliotische Fehlhaltung der BWS mit gutem Alignment der Wirbelkörperhinterkanten ohne Dislokation. Keine AP für eine frische posttraumatische Skelettläsion.

Geringgradige rechtskonvexe skoliotische Fehlhaltung der LWS mit gutem Alignment der Wirbelkörperhinterkanten ohne Dislokation. Keine AP für eine frische posttraumatische Skelettläsion.

Ausgeprägte diffuse Atherosklerose.

2.4 Am 28. Februar 2022 attestierte der Hausarzt Dr.med. I. _____ (Facharzt Allgemeinmedizin) ab dem 10. Februar 2022 bis 31. März 2022 eine vollständige, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 6). Sie wurde von Dr.med. G. _____ am 24. März 2022 bis 30. Juni 2022 bestätigt (Suva-act. 7). Gemäss Bericht vom 7. Februar 2024 besteht weiterhin eine volle, unfallkausale Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 214).

2.5.1 Am 4. März 2022 erfolgte eine MR-Untersuchung der LWS (Suva-act. 17), wobei der Radiologe zur Beurteilung gelangte:

Verglichen mit der Voruntersuchung vom 04.06.2020:

- Unverändert kein Nachweis einer Fraktur.
- Unverändert Diskusprotrusion mit Anulus fibrosus Riss auf Höhe LWK 4/5 mit diskoligamentärem Kontakt zur rezessalen Nervenwurzel L5 beidseits (rechts > links).

2.5.2 Zudem erfolgte am 23. März 2022 eine MR-Untersuchung der HWS bei klinischer Angabe und Fragestellung nach dem Ausmass zervikaler degenerativer Veränderungen (Suva-act. 84). Die Radiologin berichtete dem Hausarzt:

Befund

Degenerative Retrolisthese von HWK 4 gegenüber HWK 5 um 3 mm, übriges Wirbelkörperalignment regelrecht. Ossär eher eng angelegter Spinalkanal.

HWK 2 bis HWK 4: Dehydrierte Bandscheiben. Keine Einengung des Spinalkanals oder der Foramina intervertebralia.

HWK 4/5: Degenerierte Bandscheibe mit breitbasiger medianer Diskusprotrusion mit Einengung des Foramen intervertebrale links und Kompression der Nervenwurzel C5 links. Fokal hier diskrete Myelopathie möglich.

HWK 5/6: Breitbasige mediane Diskusprotrusion mit konsekutiv Einengung der Foramina intervertebralia, links betont mit Kompression der Nervenwurzel C6 links und Kontakt zur Nervenwurzel C6 rechts.

HWK 6/7: Breitbasige mediane Diskusprotrusion ohne Einengung des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia.

HWK 7 bis BWK 3: Keine Diskusprotrusion. Keine Einengung des Spinalkanals oder der Foramina intervertebralia.

Beurteilung

Keine Voruntersuchung vorliegend.

- Degenerative Veränderungen in der unteren HWS mit breitbasig medianen Diskusprotrusionen und konsekutiv Einengung der Foramina intervertebralia auf Höhe HWK 4/5 links mit Kompression der Nervenwurzel C5 links. Zusätzlich auf dieser Höhe fokal diskrete Myelopathie möglich.
- Zusätzlich Einengung der Foramina intervertebralia auf Höhe HWK 5/6 mit Kompression der Nervenwurzel C6 links und Kontakt zur Nervenwurzel C6 rechts.

2.5.3 Ebenfalls am 23. März 2022 erfolgte eine MR-Untersuchung der linken Hand bei klinischer Angabe und Fragestellung unklarer Schmerzen (Suva-act. 85). Die Radiologin gelangte zur

Beurteilung

Verglichen mit der Voruntersuchung vom 26.09.2016:

- Leicht progrediente degenerative Veränderungen am distalen Radioulnargelenk sowie midkarpal mit wenig Gelenkserguss.
- Das vormals wahrscheinlich thrombosierte Aneurysma der Arteria ulnaris ist aktuell nicht abgrenzbar bei normaler Darstellung mit normalem Kaliber der Arteria ulnaris.
- Keine Hinweise auf entzündliche Veränderungen.

2.6 Am 24. März 2022 konsultierte der Beschwerdeführer Dr.med. G._____, der ihn bereits nach dem Unfall im Jahr 2018 behandelt hatte. Im Bericht vom 25. März 2022 (Suva-act. 35) dokumentiert Dr.med. G._____ folgende:

Diagnose

1. Status nach Sturz und traumatische Diskushernie C4/C5 mit konsekutiv hochgradiger Spinalkanalstenose C4/C5, Spinalkanalstenose C5/6 und Foraminaalstenosen C6/7
2. Traumatische Anulusriss und subligamentäre Discushernie mit Wurzelkompression L5 bds. rechtsbetont.

Nach klinischem Untersuch gelangte er zu folgender Beurteilung:

Die vom Patient angegebenen Schmerzen nach Sturz im Februar können in der Bildgebung gut objektiviert werden. Auf Höhe C4/C5 zeigt sich eine frische Diskushernie nach Trauma mit konsekutiv hochgradiger Spinalkanalstenose C4/C5 welche die Beschwerden allenfalls auch Gangunsicherheiten, Hyperreflexie erklärt. Diese Befunde sind höchstwahrscheinlich auf das Trauma zurückzuführen. Dazu kommt noch eine Aktivierung der schon nach ersten Trauma entstandenen Anulusriss und rezessale Stenose auf Höhe L4/L5, diese Schmerzen können ebenfalls objektiviert werden und sind mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die beiden Trauma zurückzuführen. Der Patient bleibt vorderhand mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Auch werden wir epidural L4/L5 und zervikal C4/C5 infiltrieren um den Leidensdruck zu senken. Sollte der Leidensdruck langfristig auf hohem Niveau persistieren müsste sowohl zervikal aussen als auch lumbal eine chirurgische Therapie besprochen werden. Der Patient wird nicht mehr in seiner angestammten Tätigkeit integriert werden können.

Die erwähnten Infiltrationen führte Dr.med. G._____ am 5. April 2022 durch (Suva-act. 34).

2.7 In einer Kurzbeurteilung vom 18. Juli 2022 gelangte die Suva-Versicherungsmedizin (wohl Dr.med. J._____; vgl. Suva-act. 69) zum Schluss, die Gesundheit des Beschwerdeführers im Bereich des Rückens sei überwiegend wahrscheinlich schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen. Ein objektivierbarer Strukturschaden liege nicht vor; nach vier Monaten spielten Unfallfolgen keine Rolle mehr (Suva-act. 37).

Mit formlosem Schreiben vom 19. Juli 2022 informierte die Suva den Beschwerdeführer, der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 10. Februar 2022 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens nach 4 Monaten erreicht; der Fall werde per 31. Juli 2022 abgeschlossen (Suva-act. 45, 37).

2.8 Am 2. September 2022 untersuchte Dr.med. K._____ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Handchirurgie) die linke Hand des Beschwerdeführers (Suva-act. 124). Er gelangte zur Beurteilung, eine direkte Unfallfolge des Handanpralls vom 10. Februar 2022 könne nicht mehr ge-

funden werden; eine Mitbeteiligung der Hand durch den Unfall an der Wirbelsäule sei möglich, weshalb er eine neurologische Mitbeurteilung anbot.

2.9 Nachdem der Beschwerdeführer betreffend Fallabschluss eine anfechtbare Verfügung verlangt hat, veranlasste die Suva eine MR-Untersuchung der HWS (Suva-act. 72-75). Dieses Verlaufs-MR erfolgte am 25. November 2022 bei klinischer Angabe entsprechend der Diagnose vom 24. März 2022 (vgl. oben E. 2.6). Der Radiologe erstattete folgenden Bericht (Suva-act. 81):

Befund:

Lordose der HWS. Keine Fraktur. Normales Signal des Myelons.

HWK 2/3 und HWK 3/4: Geringe degenerative Veränderungen. Kein Nachweis einer Neurokompression.

HWK 4/5: Geringe Retrolisthesis um 3 mm. Unkovertebralarthrose und posteriore Spondylose.

Posteromediane Diskusextrusion. Mässige Facettengelenksarthrose bds. Verdickung des Ligamentum flavum. Multifaktorielle Einengung des Neuroforamens bds. mit bds. Kontakt zur Nervenwurzel C5 mit möglicher Kompression. Pelottierung des Duralsacks.

HWK 5/6: Posteriore, ödematöse Osteochondrose Typ I nach Modic. Unkovertebralarthrose. Posteriore Spondylose. Breitbasiges Diskusbulging. Mässige Facettengelenksarthrose. Verdickung des Ligamentum flavum bds. Multifaktorielle Einengung des Neuroforamens bds. mit bds. Kontakt zur Nervenwurzel C6 und möglicher Kompression. Pelottierung des Duralsacks.

HWK 6/7: Dehydratation des Diskus. Breitbasiges Diskusbulging. Mässige Facettengelenksarthrose bds. Verdickung des Ligamentum flavum bds. Einengung des Neuroforamens bds. ohne Hinweis auf Neurokompression.

HWK 7-BWK 3: Geringe degenerative Veränderungen. Keine Neurokompression.

Beurteilung:

Verglichen mit der Voruntersuchung vom 23.03.2022 keine signifikante Befundänderung bei fortgeschrittener Osteochondrose, Unkovertebralarthrose und Spondylarthrose HWK 4-HWK 7 mit hier möglichen Kompressionen der Nervenwurzeln C5 und C6 bds.

Stationäre Einengung des Spinalkanals HWK 4/5.

2.10 Nach der Konsultation vom 1. Dezember 2022 berichtete Dr.med. G._____, der Beschwerdeführer leide noch immer an den gleichen rechtsseitigen, lumbo-sakralen radikulären Schmerzen und auch an zervikothorakalen Schmerzen sowie auch an Gangunsicherheit. Im Vergleich zu den Voraufnahmen zeige sich im Verlaufs-MR HWS vom 25. November 2022 unverändert die zentrale Diskushernie mit konsekutiv Spinalkanalstenose C4/C5 sowie die Spinalkanalstenosen C5/C6 und C6/C7 mit/bei Foraminalstenosen. Mit den hochgradigen Stenosen zervikal sowie auch Stenosen lumbal auf Höhe L4/L5 könne der Beschwerdeführer nicht wieder in den Arbeitsprozess integriert werden und habe Anspruch auf eine Invalidenrente (Suva-act. 86).

2.11 Am 21. Dezember 2022 ersuchte die Suva Prof. Dr.med.univ. L. _____ (Leitender Arzt Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie _____) unter Vorlage der Bildgebung inkl. Befundberichte um eine konsiliarische Beurteilung (Suva-act. 88). Er beantwortete die ihm gestellten Fragen am 22. Dezember 2022 wie folgt (Suva-act. 96):

1. Ergeben sich aus Ihrer fachärztlicher Sicht in der vorliegenden Bildgebung Hinweise auf strukturelle Traumafolgen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10.02.2022?

Nein, es bestehen keine Hinweise für strukturelle Traumafolgen.

2. Ergeben sich aus Ihrer Sicht Hinweise, dass die Diskushernie C4/C5 überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt ist?

Nein. Es stehen hier degenerative Veränderungen der HWS mit osteoligamentären foraminale Stenosen im Vordergrund. Die zentrale Diskusextrusion mit mässig bis schwerer Spinalstenose HWK4/5 führt zu einer Pelottierung des Myelons mit geringen Zeichen einer Myelopathie, welche ebenso eher infolge längerbestehender mechanischer Einengungen, ergo degenerativer Ursachen entsteht.

Zwischen den beiden MRIs der HWS vom 23.3.2022 und 25.11.2022 besteht innerhalb mehr als eines halben Jahres keine bildmorphologische Veränderung, was aus meiner Sicht zusätzlich für relativ statische, degenerative Veränderungen spricht bzw. für eine Diskusextrusion, welche nicht zwingend akut durch das Trauma entstanden sein dürfte.

Auch wenn akut traumatische Ereignisse zu klinisch/symptomatischen Akzentuierungen der Beschwerden führen können, gibt es hierfür bildgebend also kein eindeutiges Korrelat.

3. Ergeben sich Hinweise, dass der Anulusriss und die subligamentäre Diskushernie L4/L5 traumatisch bedingt ist bzw. diese durch das Unfallereignis vom 10.02.2022 überwiegend wahrscheinlich richtungsgebend verschlechtert wurde.

Nein, schon im MRI LWS vom 4.6.2020 ist der Anulusriss erkennbar und in Form und Grösse gegenüber dem MRI LWS vom 4.3.2022 unverändert. Der Befund ist sehr diskret, sodass ein klarer Zusammenhang mit den Symptomen hierdurch nicht erklärbar ist. Eine Discusextrusion (üblicherweise als Diskushernie bezeichnet) liegt nicht vor.

Insofern ist eine posttraumatische Ursache des Risses durch das Unfallereignis als absolut unwahrscheinlich zu erachten.

Anulusrisse können zwar ggtl. Schmerzen verursachen, welche jedoch nicht durch chirurgische Eingriffe therapierbar sind bzw. ein solcher Eingriff hierdurch nicht gerechtfertigt wäre.

2.12 Mit ärztlicher Beurteilung vom 17. Februar 2023 gelangte med.pract. M. _____ (Fachärztin für Anästhesiologie) zum Schluss, an der Beurteilung vom 18. Juli 2022, wonach vier bis sechs Monate nach dem Unfallereignis die Unfallfolgen keine Rolle mehr spielen, festhalten zu können. Es könne bei fehlenden Hinweisen auf strukturelle Traumafolgen bei dem Unfallereignis nur von

einer vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativ bedingten Vorzustandes ausgegangen werden (Suva-act. 98). In der Folge verfügte die Suva am 20. Februar 2023 den Fallabschluss ab 11. August 2022 (Suva-act. 106).

2.13 Am 22. März 2023 erhob der Beschwerdeführer Einsprache (Suva-act. 117). Ihr lag u.a. ein Bericht von Dr.med. G. _____ zur Konsultation vom 16. März 2023 bei mit der Beurteilung (Suva-act. 126):

Im Vergleich zu der Voruntersuchung zeigt sich mittlerweile die diskrete Hyperreflexie des Patellarsehnenreflexes und Achillessehnenreflex bei hochgradiger Spinalkanalstenose C4/C5. Die Diskushernie C4/C5 ist zentral bis paramedian links, was sehr untypisch ist für eine chronische degenerative Erkrankung. Die degenerativen Bandscheibenvorfälle zeigen sich mit grosser Mehrheit posterolateralseits. Bei A. _____ zeigt sich aber eine zentrale Bandscheiben-Hernie. Bei Kenntnissen der anatomischen Verhältnisse, insbesondere der Bandscheibe, welche im Gegensatz zur lumbalen Bandscheibe keinen zirkulären Anulus hat, weiss man, dass zentral der Anulus C4/C5 sehr stark ist und relativ hohe Kräfte wirken müssen, damit zentral eine Bandscheibenhernierung austritt. Posterolateral hat es keinen Anulus und somit sind die meisten degenerativen Diskushernien posterolateral gelegen, was bei A. _____ nicht der Fall ist. Somit kann mit grosser Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass nach Beurteilung der MRT-Bilder sowie, wenn man die Kenntnisse der anatomischen Gegebenheiten der cervicalen Bandscheibe kennt, die Bandscheibenhernierung C4/5 traumatisch erfolgen musste. Lumbosakral rechtsseitig zeigt sich nach wie vor die rezessale Stenose welche seit 2018 besteht und traumatisiert wurde wahrscheinlich auch beim Unfall 2022, wobei der Patient in den letzten 5 Jahren immer wieder diese lumbosakralen, lumboradikuläre Schmerzen angegeben hat und sich nach dem Unfall eigentlich nie erholt haben. Ich habe der Patient regelmässig dort infiltriert was den Leidensdruck senken könnte. Im Prinzip muss man sowohl zervikal als auch lumbal konstatieren, dass beide Unfallfolgen an und für sich auch chirurgisch verbessert werden könnte. Ich empfehle dem Patienten, das radiologische Gutachten von 22.12.2022, welches meiner Meinung nach nicht korrekt ist, anzufechten. Insbesondere die Beurteilung zervikal zeigt, dass der beurteilende Arzt nicht grosse Kenntnisse der Anatomie an der Halswirbelsäule hat. Bezüglich der progredienten Hyperreflexie in der heutigen Untersuchung empfehle ich eine neurologische Standortbestimmung, um eine Myelopathie wirklich auszuschliessen und auch um die vom Patienten angegebenen Schmerzen im linken Arm zu objektivieren. Allenfalls kann auch eine diagnostische zervikale Infiltration angefügt werden. Mit oben genannten Diagnosen ist der Patient aus Wirbelsäulen-orthopädischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit nicht wieder einsetzbar und wird weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben.

2.14.1 Nach Prüfung der in der Einsprache erhobenen Einwände hiess die Suva die Einsprache gut und nahm die Verfügung vom 20. Februar 2023 ohne weitere Erläuterungen zurück (Suva-act. 139). Die Suva informierte den Hausarzt, dass insbesondere die Kosten der von Dr.med. G. _____ empfohlenen neurologischen Standortbestimmung übernommen würden (Suva-act. 131).

2.14.2 Die neurologische Standortbestimmung bei Fragestellung nach zervikaler Myelopathie, Handschmerzen links fand am 26. Mai 2023 statt (Suva-act. 147). Im Bericht vom 30. Mai 2023 führte PD Dr.med. N. _____ (FMH Neurologie) als Diagnosen an:

Zervikale Spinalkanalstenose HWK 4/5 (laut Aktenlage)
- verlängerte zentralmotorische Leitungszeit zum rechten Bein

Handschmerz links unklarer Ätiologie
- kein Anhalt für Sulcus ulnaris-Syndrom oder radikuläre Läsion

Chronisches Wirbelsäulenschmerzsyndrom

PD Dr.med. N. _____ gelangte zur Beurteilung:

Elektrophysiologisch normale Neurographie der Armnerven, insbesondere ohne Nachweis eines Sulcus ulnaris-Syndroms und normalen Myographien der untersuchten Muskulatur, ohne Nachweis von radikulären Läsionen C5 bis C8 links. Für die Einschätzung der vom Patienten angegebenen Schmerzsymptomatik und der Frage, ob polyradikuläre zervikale Läsionen die Schmerzen am linken Arm erklären können, wäre die genaue Kenntnis des vorliegenden MRI HWS erforderlich. Die anamnestischen Angaben des Patienten und die Untersuchungsbefunde sprechen eher nicht für eine umschriebene radikuläre zervikale Läsion. Ich gehe davon aus, dass längst eine unfallorthopädische/handchirurgische Abklärung der linken Hand durchgeführt wurde.

In der Magnetstimulation Nachweis einer verlängerten zentralmotorischen Leitungszeit zum rechten Bein, am ehesten im Rahmen der vorbekannten zervikalen Spinalkanalstenose.

Ob eine Verbesserung der vom Patienten beschriebenen Beschwerdesymptomatik durch wirbelsäulenchirurgische Massnahmen aussichtsreich ist, sollte wirbelsäulenchirurgisch und nur in Kenntnis der vorliegenden MRI-Befunde entschieden werden. Die Frage, ob konservative Therapieverfahren bereits ausgeschöpft wurden, kann ich im Rahmen der Konsultation und nach Angaben des Patienten nicht abschliessend beantworten. Bei der vorliegenden Befundkonstellation und etwaigem eindeutigem Nachweis einer zervikalen rechtsbetonten Myelopathie im MRI der HWS besteht jedoch aus meiner Sicht eine Indikation zur operativen Dekompression.

Ob die geschilderte Beschwerdesymptomatik Folge der Sturzereignisse ist, kann ich nicht beurteilen.

2.15 Nach der Konsultation vom 13. Juni 2023 gelangte Dr.med. G. _____ zur Beurteilung (Suva-act. 157):

Neurologisch konnte die hochgradige Spinalkanalstenose C4/C5 und C5/C6 bestätigt werden. Die vom Patienten auch angegebenen Gangunsicherheiten und klinisch zervikozephalen und zervikothorakalen, brachialen Schmerzen werden ausgelöst durch die zentrale traumatisch bedingte Diskushernie. Bezüglich der lumboradikulären Schmerzen, die wieder zunehmen, werden wir heute eine epidurale Infiltration L4/L5 durchführen. Der Patient bleibt weiterhin bis auf weiteres mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100%. (...)

2.16 Am 19. Juni 2023 reichte die P._____ AG, welche den Beschwerdeführer nach dem Unfall erstbehandelt hatte, der Suva ihre Dokumentation ein (Suva-act. 161). Er sei am 10. Februar 2022 auf dem Weg zur Physiotherapie auf der Treppe gestürzt, nachfolgend Beschwerden der HWS, BWS, LWS und Hüfte rechts. Objektiv zeige das Röntgen den Verdacht auf eine Querfraktur 5. HWK, Druckschmerz HWS, BWS, LWS, Hüfte rechts, functio laesa. Der Beschwerdeführer sei ins Spital eingewiesen worden. Für die Konsultation vom 14. Februar 2022 wird unter objektiv "Kein sensomotor. Ausfall, DS paravertebral HWS" dokumentiert; es sei für den 15. Februar 2022 ein MRI verordnet worden (für dieses liegt nur eine Rechnung, aber [abgesehen von der Dokumentation der P._____ vom 16.2.2022] kein Befund in den Akten, vgl. Suva-act. 114 S. 2). Und nach der Konsultation vom 16. Februar 2022 notierte die P._____:

Objektiv	Myogelosen cervical und lumbal Functio laesa Keine sensorimotor. Ausfälle Zehen und Fersenstand möglich Dringt auf Konsultation Neurochirurgie Momentan nicht indiziert PT verordnet
Prozedere	Kein Hinweis für frische traumatische Veränderungen. Es bestehen Osteochondrosen auf Niveau C4/5 und C5/6 mit begleitenden Spondylophyten ventral sowie eine mediane Diskushernie auf Niveau C4/5, die das Myelon pelottiert. Der Spinalkanal wird dadurch etwas eng. Zudem bestehen beidseits hochgradige Foramen Obliteration, osteogen/discogen bedingt. Auf Niveau C5/6 besteht ebenfalls eine mediane Diskushernie, die Kontakt zum Myelon hat. Auf dieser Höhe hochgradige, osteogen bedingte Foramen Obliterationen beidseits. Kein Hinweis für eine Myelopathie des zervikalen Myelons bzw. miterfassten oberen Thorakalmarks

2.17 Am 25. Juli 2023 reichte das Spital H._____ den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma ein (Suva-act. 170), welchen die Suva bereits am 5. April 2022 eingefordert hatte (Suva-act. 9). Demgemäss wurde der Beschwerdeführer per Ambulanz eingeliefert (siehe aber Beschwerde Rz. 38, wonach der Sohn ihn gefahren hatte). Er sei auf Eis gestürzt, worauf er nicht gefasst gewesen sei. Er sei nach vorne gebeugt gewesen. Kopfanprall, Bewusstlosigkeit, Gedächtnislücke werden verneint; Angst- und/oder Schreckreaktion bejaht. Die weiteren Ziffern 4 bis 10 des Formulars wurden nicht ausgefüllt oder eingereicht.

2.18 In der Konsultation vom 14. September 2023 konnte Dr.med. G._____ nach der letzten Infiltration keine relevante Schmerzlinderung feststellen; die Schmerzen seien daher eindeutig mechanischer Natur einer entzündlichen Kom-

ponente. Er erwarte von der Suva die Übernahme der Leistungen bei eindeutig unfallkausalen Pathologien insbesondere im Bereich der HWS, aber auch nach Sturz auf Höhe der LWS (Suva-act. 173).

2.19 Alsdann holte die Suva bei Dr.med. O. _____ (Fachärztin Neurologie) eine ärztliche Beurteilung ein (Suva-act. 179). Sie hält fest, ihre neurologische versicherungsmedizinische Beurteilung vom 30. resp. 31. Oktober 2023 ergänze die versicherungsmedizinische Beurteilung vom 17. Februar 2023 (vgl. oben E. 2.12). Im CT Halswirbelsäule vom Unfalltag habe es keine Anhaltspunkte für eine frische posttraumatische Skelettläsion gegeben; in dem im Verlauf durchgeführten MRI der HWS vom 25. November 2022 seien keine posttraumatischen Läsionen beschrieben worden. Die aktenkundigen Arztberichte zusammenfassend stellte Dr.med. O. _____ aus neurologischer Sicht fest, dass sich der Beschwerdeführer durch den Unfall vom 10. Februar 2022 überwiegend wahrscheinlich eine Distorsion der HWS WHO Grad I ohne neurologische Ausfälle (gemäss der QTF Klassifikation) und eine Prellung im Lumbalbereich zugezogen habe. Eine Prellmarke im Cervicalbereich oder im Lumbalbereich sei initial bei der Erstuntersuchung im Spital am Unfalltag nicht dokumentiert worden. Sensorische Defizite seien ebenfalls nicht vorhanden gewesen. Und weiter:

Bei den verschiedenen fachärztlichen Untersuchungen waren wechselhafte, teils diskrepante Befunde erhoben worden. Bei den erhobenen Befunden bei Dr. G. _____ (Wirbelsäulen Chirurg), wo mal die zerviko-thorakalen, dann die lumbalen Beschwerden im Vordergrund gestanden hatten, mal eine allgemeine Hyperreflexie bestanden hatte, dann wieder eine Hyperreflexie der Patellarsehne, dann eine Hyperreflexie der Patellarsehne und der Achillessehne, dann die Diagnose einer Myelopathie gestellt worden war, dann wiederum es keine Hinweise für das Vorliegen einer Myelopathie im klinischen Befund gegeben hatte und die Befunde, die beim Neurologen PD Dr. N. _____ erhoben worden waren welche vereinbar gewesen seien mit einer Spastik im rechten Bein und eine diffuse Hypästhesie im Bereich des gesamten linken Armes und der linken Hand ohne Zuordnung zu einem radikulären oder peripheren Dermatome vorgelegen hatte (ohne das vertiefte Abklärungen mittels MRT Schädel oder Lumbalpunktion veranlasst worden waren) sowie bei den Befunden, welche in der Q. _____ (Klinik) bei Dr. K. _____ erhoben worden waren, mit einer Hypästhesie im Ulnarisgebiet links und einer Schwäche der Fingerabduktion kann zusammenfassend festgestellt werden, dass keine reproduzierbaren und objektivierbaren klinischen neurologischen Ausfälle und keine durch eine traumatische Halsmarkschädigung entstandene neurologischer Ausfallssymptomatik weder klinisch noch in der Bildgebung mittels MRT und CT vorgelegen hatte. Auch in der neurologischen Mitbeurteilung der MRT-Bilder ist keine traumatische Schädigung des Halsmarks festzustellen. Die wechselhaft geklagten Beschwerden und sensiblen Defizite und die wechselhaft fachärztlich erhobenen Beschwerden und Befunde können nicht in Einklang gebracht werden mit den teils diskrepanten und verschiedenen klinischen, anatomischen und anamnestischen Angaben in den verschiedenen fachspezifischen ärztlichen Berichten. Aus diesem Grunde sind die Kriterien für ein überwiegend wahrscheinliches Vorliegen

einer unfallbedingten neurologischen strukturellen Läsion im Bereich des Rückenmarks oder der peripheren Nerven nicht erfüllt. Weitere Abklärungen/Therapien unfallkausal neurologisch zu Lasten der Suva sind somit nicht indiziert.

Beim Unfall vom 10. Februar 2022 mit HWS-Distorsion Grad I und Prellung im Lumbalbereich sei es überwiegend wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Verschlechterung der krankheitsbedingten Veränderungen gekommen, was im Einklang stehe mit der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 17. Februar 2023. In diesem Rahmen könne es für wenige Tage bis maximal wenige Monate zu Schmerzen im Bereich der HWS kommen, welche sich im Verlauf langsam bessern und dann ganz abklingen würden. Die HWS-Distorsion und die Prellung im Bereich der lumbalen Wirbelsäule seien somit zwischenzeitlich als abgeheilt zu betrachten. Echtzeitlich zum Suva versicherten Unfall hätten keine neurologischen Ausfälle vorgelegen. Die beklagten Beschwerden könnten somit überwiegend wahrscheinlich als im Rahmen von einer vorübergehenden Verschlechterung der lange vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS, wie sie in der Bildgebung direkt nach dem Unfall bzw. schon vor dem Unfall zur Darstellung gekommen seien (CT HWS vom 10.2.2022, und MRT LWS 4.6.2020), eingeordnet werden. Die weiterhin dokumentierten Beschwerden des Versicherten könnten nicht mehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit neurologisch kausal auf den Unfall vom 10. Februar 2022 zurückgeführt werden. Weitere Abklärungen/Therapien zulasten der Suva seien nicht indiziert.

Und zur Argumentation von Dr.med. G. _____, wonach es sich bei zentralen Bandscheibenhernierungen, wie in diesem Fall, überwiegend wahrscheinlich um eine traumatische Genese handle, die meisten degenerativen Diskushernien seien posterolateral gelegen, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei, hält Dr.med. O. _____ fest, er lege für diese These keine wissenschaftlichen Publikationen vor.

2.20 Am 27. Dezember 2023 legte med.pract. M. _____ eine weitere ärztliche Beurteilung vor (Suva-act. 189), wobei sie an der Beurteilung vom 18. Juli 2022 (von Dr.med. J. _____; oben E. 2.7) festhalte. Die neu eingereichten Berichte würden keine neuen Erkenntnisse enthalten. Für seine Beurteilung der anatomischen Gegebenheiten weise Dr.med. G. _____ keine Literaturquellen aus. Und wenn er Prof. Dr.med. L. _____ mangelnde anatomische Kenntnisse vorwerfe, so sei festzustellen, dass neben diesem auch alle anderen beteiligten Radiologen zu gleichen Schlussfolgerungen gekommen seien und keine strukturellen Traumafolgen im HWS- und LWS-Bereich gesehen hätten. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand werde davon ausgegangen, dass Diskusher-

nien als Unfallfolgen mit mindestens minimalen knöchernen oder Bandverletzungen im betroffenen Segment in Erscheinung treten würden. Der Hausarzt Dr.med. I._____ gehe einzig gestützt auf die Berichte von Dr.med. G._____ und ohne weitere Begründung von Folgen der Unfälle vom 2. März 2018 und 10. Februar 2022 aus, wobei die Unfallkausalität der Diskushernie L4/5 zum Ereignis vom März 2018 durch das Verwaltungsgericht verneint worden sei. Der Neurologe Dr.med. N._____ halte fest, nicht beurteilen zu können, ob es sich bei den Beschwerden um die Folge des Sturzereignisses handle. Gemäss Dr.med. O._____ könne beim Ereignis vom 10. Februar 2023 [recte 2022] nur von einer vorübergehenden Verschlimmerung ausgegangen werden. Und weiter:

Zusammenfassend ergeben sich aus der Echtzeitdokumentation sowohl des Spitals H._____ (Bericht vom 21.02.2022) als auch aus den hausärztlichen Einträgen der Krankengeschichte vom 10.02.2023 [recte: 10.02.2022], 14.02.2022 und 16.02.2022 keine Hinweise auf sensomotorische Ausfälle und auch keine Hinweise für frische strukturelle Traumafolgen. In der vorliegenden Bildgebung stellten vier unabhängige Radiologen degenerative Veränderungen ohne Hinweise auf strukturelle Traumafolgen fest.

Aus versicherungsmedizinischer Sicht sind aufgrund der fehlenden knöchernen und/oder ligamentären Verletzungen im MRI und nicht dokumentierter neurologischer Ausfälle die MR-tomographisch diagnostizierten Diskushernien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 10.02.2022 zurückzuführen. Es handelt sich somit um eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes der HWS und LWS.

Aus versicherungsmedizinischer Sicht ist bei fehlenden Hinweisen auf strukturelle Traumafolgen und unter Anlehnung an den Reintegrationsleitfaden sowie Berücksichtigung des degenerativen Vorzustandes der HWS und LWS davon auszugehen, dass vier bis sechs Monate nach dem Unfallereignis die Unfallfolgen keine Rolle mehr spielen.

Bezüglich der Schmerzen in der linken Hand ist festzustellen, dass mittels MRI vom 23.03.2022 strukturelle Traumafolgen ausgeschlossen wurden. Auch durch Dr. med. K._____, Q._____ (Klinik), im Bericht vom 02.09.2022 wurde dokumentiert, dass eine direkte Unfallfolge des Handanpralls vom 10.02.2022 nicht mehr gefunden werden konnte.

Insofern kann auch bezüglich der linken Hand nur von einer vorübergehenden Verschlimmerung für den Zeitraum von drei bis spätestens sechs Monate ausgegangen werden.

2.21 Am 15. Januar 2024 verfügte die Suva den Fallabschluss per 15. Januar 2024 und lehnte darüber hinaus einen Leistungsanspruch ab. Aufgrund der Beurteilung des versicherungsmedizinischen Dienstes seien die noch bestehenden Beschwerden an der LWS und der HWS nicht mehr unfallbedingt. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 10. Februar 2022 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens nach sechs Monaten erreicht. Die

Abklärungen hätten ergeben, dass sich die aktuell noch geklagten Beschwerden an der HWS auch organisch nicht hinreichend erklären liessen. Aufgrund der massgebenden Kriterien sei die Adäquanz nicht mehr gegeben (Suva-act. 199).

2.22 Am 18. Januar 2024 ersuchte Dr.med. G._____ die Suva um Kostengutsprache für eine zweiwöchige stationäre Rehabilitation des Beschwerdeführers in R._____ (Suva-act. 204). Dieser leide immer noch an den gleichen rechtsseitigen, lumbosakralen radikulären Schmerzen und auch an zervikothorakalen Schmerzen sowie auch an Gangunsicherheit. Bezüglich der zum Teil invalidisierenden zervikothorakal und auch lumbosakralen lumboradikulären Beschwerden nehme er Novalgin teilweise auch Targin ein. Unverändert zeige sich als Hauptbefund in der Bildgebung die zentrale Diskushernie C4-5 mit hochgradiger Spinalkanalstenose C4/C5. Bezüglich der Gangunsicherheit gehe es ihm nicht besser. In der klinischen Untersuchung zeigten sich keine Hinweise für eine Myelopathie und auch im MRT kein Hinweis für Myelomalazie, sodass von einer chirurgischen Therapie vorderhand abgesehen werden könne. Der Beschwerdeführer könne in den Arbeitsprozess mit den hochgradigen Stenosen zervikal sowie auch Stenosen lumbal auf Höhe L4/L5 nicht wieder in den Arbeitsprozess integriert werden und habe Anspruch auf eine Invalidenrente.

Und im Bericht zur Konsultation vom 18. Januar 2024 führte Dr.med. G._____ aus (Suva-act. 206):

Die vom Patient angegebenen Beschwerden können nach wie vor klinisch anamnestisch und auch in der Bildgebung nachvollzogen werden. Nach wie vor zeigen sich aber Unfallfolgen insbesondere auch zervikal bei Status nach traumatischer zentraler Diskushernie mit daselbst auch konsekutiv Spinalkanalstenose und nach wie vor zervikobrachialen Schmerzen beidseits, welche vor dem Unfall nicht vorhanden waren. Man kann mit hoher Wahrscheinlichkeit sagen, dass die traumatische Diskushernie den jetzigen Leidensdruck erklärt. Daneben zeigen sich unverändert aber auch die lumboradikulären Schmerzen ebenfalls ausgelöst durch Sturz, welche gut dokumentiert sind. Auch hier kann mit hoher Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass der Sturz zu dieser traumatischen Hernierung konsekutiv lumboradikulärem Schmerzsyndrom geführt hat. Chirurgisch besteht nichtsdestotrotz zurzeit kein Handlungsbedarf, weil er mit der angeschlagenen Schmerztherapie und Physiotherapie einigermaßen die Schmerzen kompensieren kann. Unsererseits ist eine weitere klinisch-radiologische Nachkontrolle in 4-6 Monaten geplant. Nach wie vor ist der Patient mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Auch eine chirurgische Therapie würde wahrscheinlich an diesem Status bei Chronifizierung nichts ändern.

2.23 Am 6. Februar 2024 sucht der Beschwerdeführer Dr.med. G._____ zwecks Besprechung des negativen Suva-Entscheides auf, den der Beschwerdeführer nicht akzeptieren könne und wolle (Suva-act. 214). Dr.med. G._____ führt dazu aus:

In meiner Untersuchung vom 24.03.2022 nach Unfall vom 10.02.2022 konnte ich bereits in der klinischen Untersuchung eine Gangunsicherheit und Hyperreflexie als Hinweis für die hochgradige Spinalkanalstenose nach zentraler Diskushernie beschreiben. Somit ist die Beurteilung von M. _____ falsch, wo sie beschreibt, dass aus den Einträgen der Krankengeschichte vom 10.02, 14.02 und 16.02 keine Hinweise auf sensomotorische Ausfälle und keine Hinweise für frische strukturelle Traumafolgen sich zeigten. Dies ist eindeutig in den klinischen Untersuchungen von Anfang an, als der Patient bei mir war nicht der Fall gewesen, es zeigten sich die linksseitigen Zervikobrachialgien die sich dann tatsächlich leicht verbesserten aber nach wie vor bis zum heutigen Tag zeigt sich eine Gangunsicherheit und Hyperreflexie, der Patellarsehnenreflex und Achillessehnenreflex als eindeutiger Hinweis für die Veränderungen auf Höhe C5/C6 und vor allem C4/C5. Dieser Befund ist bis heute nachvollziehbar und ist auch heute noch vorhanden. Auf eine chirurgische Therapie haben wir nur verzichtet, weil der Patient das nicht wünscht und weil eine Myelopathie Myelomalazie bis zum heutigen Tag fehlt. Der Sturz vom 10.02.2023 [recte 2022] führte also mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu dieser strukturellen Läsion auf Höhe C4/5. Degenerative Hernien sind postero-lateral gelegen, traumatische Diskushernien zervikal, sieht man häufig zentral was beweisend ist für ein Traumaereignis. Degenerative Diskushernien sind nie zentral gelegen, sondern liegen posterolateral wo sich kein Anulus fibrosus befindet. Laterale Diskushernien sind häufig degenerativer Natur. Der Patient präsentierte aber bei mir am 24.03.2022 neben einer klinischen Hyperreflexie und zervikothorakalen Schmerzen auch eine Gangstörung und in der Bildgebung eine zentrale Diskushernie, welche eindeutig mit hoher Wahrscheinlichkeit traumatisch bedingt ist. Dieser Befund hat sich bis zum heutigen Tag nicht verbessert und ist nach wie vor limitierend für die Lebensqualität des Patienten. Zudem haben sich bei diesem Trauma am 10.02.2022 auch die lumbosakralen rechtsseitigen lumboradikulären Schmerzen wieder akzentuiert und wurden wieder erneut deutlich verstärkt ausgelöst. Somit besteht nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit, zurückgeführt auf das Unfallereignis vom 10.02.2022, welches eine zentrale Diskushernie zeigte, welche bis heute nicht behoben ist und nach wie vor die Gangunsicherheit sowie die zervikothorakalen, teilweise brachialen Schmerzen erklärt. Zentrale Diskushernien sehe ich nur nach traumatischen Ereignissen. Degenerative Diskushernien zervikal sind alle postero-lateral gelegen, weil sich daselbst kein Anulus fibrosus befindet. Daneben wurde beim selben Unfall auch die Radikulopathie L5 rechts wieder verstärkt symptomatisch welche ebenfalls bis heute anhält bei daselbst rezessaler Stenose. Beide Pathologien führen zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Bei diesem Patienten können die Ursachen eindeutig auf die Unfallereignisse von 2018, respektive 2022 zurückgeführt werden.

2.24 Nachdem der Beschwerdeführer Einsprache erhob und dabei auf die Berichte von Dr.med. G. _____ vom 19. Januar 2024 und 7. Februar 2024 verwies (vgl. oben E. 2.22 und 2.23) holte die Suva eine weitere ärztliche Beurteilung ein. Am 27. März 2024 gelangte med.pract. M. _____ erneut zum Schluss, die über den 15. Januar 2024 hinaus geklagten LWS- und HWS-Beschwerden seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 2. März 2018 und auch nicht auf jenen vom 10. Februar 2022 zurückzuführen; in beiden Fällen sei nur von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen

(Suva-act. 221). Hinsichtlich des Unfalles 2018 würden sich aus den vorliegenden Akten keine neuen Erkenntnisse ergeben, welche die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von 2019 oder VGE I 2019 11 in Frage stellen würden. Auch hinsichtlich des Unfalles 2022 würden die neu eingereichten Berichte von Dr.med. G._____ keine neuen Erkenntnisse enthalten. Für seine Behauptung, dass degenerative Bandscheibenvorfälle mit grosser Mehrheit posterolaterale und zentrale Bandscheibenhernien traumatisch bedingt seien, gebe er weiterhin keine entsprechenden Literaturquellen an. Hingegen seien sämtliche Radiologen zum Schluss gekommen, bildgebend seien keine strukturellen Traumafolgen im HWS- und LWS-Bereich zu sehen. Soweit Dr.med. G._____ argumentiere, vor dem Unfall hätten keine zervikobrachialen Schmerzen bestanden, handle es sich um eine unzulässige post-hoc-ergo-propter-hoc-Argumentation. Und soweit er der Berichterstatterin (med.pract. M._____) vorwerfe, ihre Beurteilung betreffend sensomotorische Ausfälle sei falsch, so seien die Berichte der P._____ vom 10., 14. und 16. Februar 2022 sowie der Austrittsbericht des Spitals vom 21. Februar 2022 zu zitieren (vgl. oben E. 2.2 und E. 2.16). In diesen Unterlagen fänden sich keine dokumentierten sensomotorischen Ausfälle.

2.25 Eine weitere ärztliche Beurteilung gab auch Dr.med. O._____ ab (vom 4.4.2024; Suva-act. 223). Darin bestätigte sie ihre Beurteilung vom 30. resp. 31. Oktober 2023 (vgl. oben E. 2.19). Weiter geht sie vertieft auf die Berichte von Dr.med. G._____ sowie PD Dr.med. N._____ ein. Die wechselhaft geklagten Beschwerden und sensiblen Defizite und die wechselhaft erhobenen fachärztlichen (auch neurologischen) Befunde und Beschwerden könnten weiter nicht in Einklang gebracht werden mit den teils diskrepanten und verschiedenen klinischen anatomischen und anamnestischen Angaben in den verschiedenen fachspezifischen auch aktuellen ärztlichen Berichten. Die Kriterien für ein überwiegend wahrscheinliches Vorliegen einer unfallbedingten neurologischen strukturellen Läsion im Bereich des Rückenmarks, der Nervenwurzeln oder der peripheren Nerven seien weiter nicht erfüllt und es könne an der neurologischen versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 30. Oktober 2023 festgehalten werden. Auch setzt sich Dr.med. O._____ in diesem Bericht noch einmal mit dem Unfall vom 2. März 2018 und den hierauf folgenden Arztberichten auseinander. Auch infolge dieses Unfalles seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine strukturellen Verletzungen eingetreten; Unfallfolgen hätten nach sechs Monaten mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr vorgelegen.

In der Folge wies die Suva mit Entscheid vom 5. April 2024 die Einsprache ab.

3.1 Vor Verwaltungsgericht macht der Beschwerdeführer geltend, eine Diskushernie könne als unfallbedingt betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet gewesen sei, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome der Diskushernie unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten würden. Der Unfall vom 10. Februar 2022, der zweite innert vier Jahren, sei sicher nicht ein leichter gewesen; das Ganze hätte tragisch enden können. Es habe sich um eine steile, nicht gedeckte Aussentreppe gehandelt. Er sei etwa in der Mitte ausgerutscht und mit voller Wucht auf den Rücken gefallen. Er habe eine Hand angeschlagen und die andere Hand zum Bremsen benutzt, um nicht die ganze Treppe herunterzurutschen. Wäre er vorübergefallen, hätte das Ganze noch schlimmer enden können, der Sturz sei schon so schlimm genug gewesen. Er sei dann von Passanten in die im selben Haus gelegene Ärzte-Gruppenpraxis gebracht worden. Von dort habe ihn der herbeigerufene Sohn ins Spital H. _____ gefahren. Er habe unter extremen Schmerzen gelitten und habe während der Nacht mittels Alarmknopf die Nachtschwester für Schmerzmittel rufen müssen.

3.2 Zum Unfallereignis vom 10. Februar 2022 ist nicht viel dokumentiert (vgl. oben E. 2.1). Keinesfalls lassen sich den Akten Hinweise auf einen in der Beschwerde geschilderten, eindrücklichen und schweren Unfallhergang entnehmen (soweit der Beschwerdeführer festhält, es hätte lebensgefährlich enden können, ist dies für den effektiven Hergang ohnehin nicht relevant). Fest steht, dass weder die erstbehandelnde P. _____ (Suva-act. 161) noch das Spital H. _____ (Suva-act. 4) irgendwelche Prellmarken, Schürfungen oder andere vergleichbare Unfallverletzungen dokumentiert haben, welche auf einen schweren Sturz hinweisen würden. Das Spital erwähnt nicht einmal einen Treppensturz, sondern ein Ausrutschen auf Schnee und stürzen (Suva-act. 4). Gemäss P. _____ erlitt er einen Treppensturz auf dem Weg zur Physiotherapie. Bei der auf streetview einsehbaren Treppe (vgl. www.google.ch/maps; F. _____; eingesehen am 16.9.24) handelt es sich wohl um eine ungedeckte Aussentreppe, die indes keinesfalls als steil bezeichnet werden kann. Die Physiotherapie befindet sich sodann im 1. Stock, weshalb sich der Sturz, falls der Unfallbeschrieb der P. _____ zutrifft, beim Treppensteigen ereignet haben dürfte, was einen Sturz auf den Rücken bzw. die Schilderung in der Beschwerde eher ausschliesst. Keinesfalls kann daher bei diesen echtzeitlichen Angaben zum Unfallhergang (mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit) ein Unfallereignis von einer Schwere und einer Eignung angenommen werden, das eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen vermochte (vgl. Urteile BGer 8C_19/2021 vom 27.4.2021 E. 7.2; 8C_552/2020 vom 16.12.2020 E. 3.2; 8C_774/2020 vom

19.2.2021 E. 2.3, je mit weiteren Hinweisen). Auf die weitere Voraussetzung, wonach eine unfallbedingte Diskushernie insbesondere auch röntgenologisch ausgewiesen sein muss und die typischen Symptome unmittelbar einsetzen müssen, ist nachfolgend einzugehen.

4.1 Weiter verweist der Beschwerdeführer in der Beschwerde (Rz. 39) auf den Bericht der Konsultation bei Dr.med. G._____ vom 24. März 2022, wonach sich im MRI vom 23. März 2022 auf Höhe C4/C5 eine frische Diskushernie nach Trauma mit konsekutiv hochgradiger Spinalkanalstenose C4/C5 zeige, welche die Beschwerden, allenfalls auch Gangunsicherheiten, Hyperreflexie erkläre (vgl. Suva-act. 35).

Diesbezüglich ist auf die Beurteilung der Suva-Ärztinnen zu verweisen, welche korrekt festhalten, dass in der Bildgebung der Wirbelsäule allein Dr.med. G._____ Unfallfolgen zu erkennen vermag, wogegen sämtliche Radiologen ausschliesslich degenerative Veränderungen beschreiben (vgl. oben E. 2.3; 2.5.1; 2.5.2; 2.9; 2.11). Ein MRI der HWS veranlasste unfallnah bereits die P._____. Zu dieser Untersuchung vom 15. Februar 2022 findet sich in den Akten kein radiologischer Befund. Hingegen dokumentierte auch die P._____ nach erfolgtem MRI am 16. Februar 2022, es fänden sich keine Hinweise für frische traumatische Veränderungen, jedoch verschiedene Degenerationen. Obwohl der Beschwerdeführer auf eine Konsultation der Neurochirurgie drängte, erachtete dies die P._____ als momentan nicht indiziert (Suva-act. 161). Auch dies bestärkt die Beurteilung der Suva und entkräftet jene von Dr.med. G._____.

4.2 Soweit Dr.med. G._____ die Beurteilung von Dr.med. M._____ betreffend sensomotorischer Ausfälle als falsch bezeichnet mit der Begründung, in seinen Untersuchungen hätten sich von Beginn weg (24.3.2022) linksseitige Zervikobrachialgien gezeigt, so sind dem - wie die Suva zu Recht festhält - die echtzeitlichen Befunde entgegen zu halten. Die P._____ - welche der Beschwerdeführer nach dem Unfall umgehend aufsuchte - dokumentierte keine neurologischen Auffälligkeiten (Suva-act. 161). Das Spital H._____, wohin er anschliessend eingewiesen wurde, hält explizit fest, es lägen keine neurologischen Ausfälle vor. Die periphere Sensomotorik und Durchblutung war ohne pathologischen Befund, der Reflexstatus zeigte keine Pathologie. Während des gesamten stationären Aufenthalts bis am 12. Februar 2022 wurden keine neurologischen Probleme dokumentiert. Zervikobrachiale Beschwerden werden keine dokumentiert; soweit Probleme mit der linken Hand erwähnt werden, so werden diese auf eine Handdistorsion als Folge des Sturzes aufgeführt und nicht im Zusammen-

hang mit zervikobrachialen Beschwerden; ebenso werden die Hüftschmerzen auf eine Hüftkontusion zurückgeführt (Suva-act. 4). Beim nächsten Untersuchen am 14. Februar 2022 dokumentierte die P._____ ebenfalls ausdrücklich "kein sensorischer Ausfall" und dasselbe bestätigte sie nach der Kontrolle vom 16. Februar 2022 (Suva-act. 161). Mithin wird die Beurteilung von Dr.med. M._____ durch die Akten bestätigt, der Vorwurf von Dr.med. G._____ geht fehl. Im Übrigen kann auf die eingehende Auseinandersetzung von Dr.med. O._____ mit den klinischen neurologischen Befunden von Dr.med. G._____ verwiesen werden, welche ein buntes, nicht konsistentes Bild ohne präzise Nominierung abgeben und letztlich keine Einordnung zulassen (vgl. Suva-act. 223). Mit seinen Ausführungen vermag er an der Beurteilung der Suva-Ärztinnen keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

4.3 Nach der neurologischen Untersuchung des Beschwerdeführers durch PD Dr.med. N._____ gelangte Dr.med. G._____ zum Schluss, die hochgradige Spinalkanalstenose C4/C5 und C5/C6 hätten neurologisch bestätigt werden können. Die vom Patienten auch angegebenen Gangunsicherheiten und klinisch zervikozephalen und zervikothorakalen, brachialen Schmerzen würden ausgelöst durch die zentrale traumatisch bedingte Diskushernie (vgl. oben E. 2.15). Dies findet so indes keine Bestätigung im Bericht von PD Dr.med. N._____ (vgl. oben E. 2.14.2). Allein schon die zervikale Spinalkanalstenose HWK 4/5 hat der Neurologe selbst nicht bestätigt, sondern sich hierfür ausdrücklich auf die Aktenlage berufen. Hieran ändert nichts, dass er die leicht verlängerte zentralmotorische Leitungszeit zum rechten Bein am ehesten im Rahmen der vorbekannten zervikalen Spinalkanalstenose sah. Hinweise für eine radikuläre Läsion C5-C8 links fanden sich gemäss dem Neurologen keine. Zudem konnte der Neurologe ausdrücklich nicht beurteilen, ob die Beschwerdesymptomatik Folge der Sturzergebnisse sei. Für die Frage der Unfallkausalität kann Dr.med. G._____ resp. der Beschwerdeführer aus dem Bericht des Neurologen daher nichts zu seinen Gunsten ableiten.

4.4 Wenn Dr.med. G._____ ausführt, vor dem Unfall seien keine zervikobrachialen Schmerzen beidseits vorhanden gewesen, so läuft dies - wie die Suva zu Recht festhielt - auf eine vorliegendenfalls beweisrechtlich unzulässige Schlussfolgerung hinaus (vgl. BGE 149 V 218 E. 5.6).

4.5 Letztlich argumentiert Dr.med. G._____ im Kern hauptsächlich mit der Betonung seiner Erfahrung, wonach er zentrale Diskushernien nur nach traumatischen Ereignissen sehe; degenerative Diskushernien zervikal seien alle posterolateral gelegen, weil sich daselbst kein Anulus fibrosus befinde (vgl. oben

E. 2.23; 2.13; Bf-act. 3). "Man kann also konstatieren, dass degenerative Hernien immer posterolateral auftreten und dass zentrale Diskushernien immer traumatisch sind" (Bf-act. 4, vgl. auch Bericht vom 5.11.2024, eingereicht mit Stellungnahme vom 6.11.2024, Bf-act. 5).

Vorab ist anzumerken, dass Dr.med. G._____ selbst diese Begründung in seinem Bericht vom 16. März 2023 noch nicht derart imperativ wie in den letzten Berichten vom 22. Mai 2024 und 25. Juli 2024 (beide eingereicht mit der Replik) sowie vom 5. November 2024 (eingereicht mit Stellungnahme vom 6.11.2024, Bf-act. 5) vortrug, sondern damals ausführte, eine Diskushernie C4/C5 zentral bis paramedian links sei "untypisch" für eine chronische degenerative Erkrankung, degenerative Bandscheibenvorfälle zeigten sich "mit grosser Mehrheit" posterolateralseits, degenerative Diskushernien seien "meistens" posterolateral gelegen (vgl. oben E. 2.13). Mithin schloss er damals degenerative zentrale Diskushernien an der HWS noch nicht kategorisch aus.

Es kann sodann die Suva wiederholt werden, wonach Dr.med. G._____ für seine Darstellung - abgesehen von seiner eigenen Erfahrung - keine Quelle, keine medizinische Literatur zu nennen vermag. Sollte die von ihm resolut vertretene These, wonach (bei der Halswirbelsäule) zentrale Diskushernien "immer traumatisch" sind, so zutreffen, wäre doch zu erwarten, dass dies auch in der Literatur entsprechend vermerkt ist. Dies ist offenkundig nicht der Fall. Aus seiner persönlichen, nicht weiter belegten Erfahrung (im zitierten Artikel [vgl. Bf-act. 3] wird soweit ersichtlich nicht zwischen traumatischen und degenerativen Hernien unterschieden) eine allgemein anzuerkennende Erfahrungstatsache abzuleiten, geht nicht an. Die beiden Schreiben hat die Suva Dr.med. O._____ und med.pract. M._____ zur Stellungnahme vorgelegt (Beleg 1 und 2 zur Duplik). Beide halten an ihren bisherigen Beurteilungen fest. Dr.med. O._____ betont, abgesehen davon, dass sein Postulat (degenerative Bandscheibenprotrusionen seien alle posterolateral, traumatische zentral) nicht Gegenstand der Publikation bilden würde, sei stets auch der Einzelfall mit all seinen Besonderheiten zu beachten. So komme es zu traumatischen Schäden der Wirbelsäule im Bereich Bandstrukturen, Bandscheiben und Knochen im Rahmen von besonders schweren Unfällen, wobei neurologische Ausfälle unverzüglich auftreten würden. Beides sei vorliegend nicht der Fall. Auch med.pract. M._____ betont, es habe sich weder am 2. März 2018 noch am 10. Februar 2022 ein erhebliches Trauma ereignet, das geeignet wäre, eine traumatische Diskushernie zu verursachen und neurologische Ausfälle seien in den Erstberichten nicht erwähnt. Die von Dr.med. G._____ zitierte Studie basiere sodann auf wenigen Fallzahlen (neun Leichen) und untersuche keine Kausalität, weshalb sie zum Kausalitäts-

thema nicht passend sei. Weiter führt sie aus, die Lokalisation des Bandscheibenvorfalles erlaube keine Zuordnung zur Genese.

Keinesfalls vermag die Darstellung von Dr.med. G._____, seine allgemeine Aussage, im vorliegenden konkreten Einzelfall die Unfallkausalität der Diskushernie als überwiegend wahrscheinlich nachzuweisen. Kommt hinzu, dass gemäss Dr.med. G._____ der Anulus C4/C5 sehr stark sei und relativ hohe Kräfte wirken müssen, damit zentral eine Bandscheibenhernie austrete. Wie zuvor (E. 3) dargelegt, finden sich in casu aber keine Hinweise für relativ hohe Kräfte anlässlich des Ereignisses vom 10. Februar 2022, was ebenfalls gegen ein Trauma spricht.

4.6 Keine Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung vermag der Bericht von Dr.med. I._____ zu erwecken. Er vertritt wohl die Ansicht, der Beschwerdeführer leide unter den Folgen des Unfalles vom Februar 2022 (Suva-act. 123). Er begründet dies jedoch mit Verweis auf die Berichte von Dr.med. G._____, ohne eine eigene, nachvollziehbare Beurteilung und Begründung anzufügen. Die Ausführung, der Suva-Begründung, der Zustand sei wie unmittelbar vor dem Unfall wieder erreicht, müsse widersprochen werden, weil dem nicht so sei, stellt keine Begründung dar.

4.7 Fehlt es jedoch an einem Unfallereignis mit Hinweisen für eine Schwere und eine Eignung, die eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen vermöchten, fehlt es weiter an direkt im Nachgang zum Unfall erhobenen Befunden unverzüglich eingetretener Symptome einer Diskushernie und stimmen im weiteren die radiologischen Befunde überein, dass die HWS keine traumatischen Veränderungen zeigte, sondern einzig degenerative, so vermag Dr.med. G._____ mit seiner abweichenden Beurteilung keine auch nur geringen Zweifel an den ausführlich begründeten und nachvollziehbaren versicherungsinternen Beurteilungen zu erwecken. Vielmehr ist mit der Suva davon auszugehen, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit der Sturz vom 10. Februar 2022 zu keinen objektivierbaren strukturellen Veränderungen im Bereich des Rückens des Beschwerdeführers geführt hat. Wie schon beim Unfall vom 2. März 2018 (vgl. VGE I 2019 11 vom 11.9.2019 E. 5.4.5) kam es auch beim jüngeren Unfallereignis zu einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden überwiegend durch Verschleiss und Abnutzung bedingten degenerativen Wirbelsäulenerkrankung. Liegt eine Aktivierung eines stummen Vorzustandes an der Wirbelsäule vor, ist unter Verweis auf die Rechtsprechung (vgl. Urteil BGer 8C_19/2021 vom 27.4.2021 E. 7.2, wonach entsprechend aktuellem medizinischen Wissensstand das Erreichen des status quo sine bei Vorliegen eines

erheblichen degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist) nicht zu beanstanden, wenn die Suva den Fall per 15. Januar 2024, d.h. rund 23 Monate nach Unfall, abschloss, die Taggeld- und Heilkostenleistungen auf diesen Zeitpunkt hin einstellte und einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ablehnte. Dies gilt ebenso für die lumbalen Beschwerden. Diesbezüglich wurde mit VGE I 2019 11 vom 11. September 2019 rechtskräftig festgestellt, dass die Diskushernie einerseits nicht unfallkausal sei und andererseits die nach dem 15. September 2018 - also über sechs Monate nach dem Unfall - bestehenden Beeinträchtigungen am Rücken nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Unfall vom 2. März 2018, sondern nur noch mit dem schicksalsmässigen Verlauf erklärt werden könnten (vgl. Ingress Bst. A). Selbst wenn es beim Unfall vom 10. Februar 2022 zu einer Aktivierung des Vorzustandes gekommen wäre, dann hat der status quo sine auch diesbezüglich spätestens rund 23 Monate nach Unfall (Zeitpunkt des Fallabschlusses) als eingetreten zu gelten.

4.8 Nicht zu hören ist der beschwerdeführerische Vorwurf treuwidrigen, widersprüchlichen Verhaltens der Suva, indem sie eine Einsprache vom 22. März 2023 gutgeheissen und die Verfügung vom 20. Februar 2023 zurückgenommen sowie weiterhin Versicherungsleistungen erbracht habe, mit Verfügung vom 15. Januar 2024 die Leistungen dann aber mit derselben Begründung einstelle, die sie selbst ja als "falsch" erachtet habe. Eingestellt hat die Suva keine Dauerleistungen, sondern vorübergehende Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen. Solche kann der Versicherungsträger ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt sind (vgl. Urteil BGer 8C_305/2022 vom 13.4.2023 E. 5.1 m.w.H.). Es stellt auch kein widersprüchliches Verhalten dar, wenn die Suva ein Jahr nach Unfall eine den Fall rund sechs Monate nach dem Unfall abschliessende Verfügung (im Übrigen ohne weitere Begründung, vgl. Suva-act. 139) zurücknahm, ein weiteres Jahr später feststellt, die dann aktuell bestehenden Beschwerden an der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule seien nicht mehr unfallbedingt, und den Fall abschliesst.

5. Die Suva schloss zudem mangels adäquater Unfallfolgen einen Anspruch auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung ab.

5.1 Was die Adäquanzprüfung anbelangt, so geht der Beschwerdeführer fehl mit seiner Darstellung, wonach seine noch geklagten Beschwerden auf organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen zurückzuführen seien. Nach dem Gesagten lagen im Zeitpunkt des Fallabschlusses (15.1.2024) keine organisch objektiv

ausgewiesene Unfallfolgen vor. Und da der Beschwerdeführer auch keine Verletzung erlitt, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigen würde, sind die Adäquanzkriterien anwendbar, die für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall (sogenannte Psycho-Praxis) entwickelt wurden (BGE 115 V 133; Urteil BGer 8C_756/2021 vom 10.2.2022 E. 4.4).

5.2.1 Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Die Unfallschwere ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können; solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (BGE 140 V 356 E. 5.1; Urteile BGer 8C_592/2023 vom 30.1.2024 E. 7.2.1; 8C_176/2018 vom 27.9.2018 E. 10.1; 8C_596/2022 vom 11.1.2023 E. 4.4.1). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7, 8C_398/2012 E. 5).

5.2.2 In Anwendung der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) gelangte die Vorinstanz zum Schluss, beim Unfallereignis vom 10. Februar 2022 handle es sich um einen gewöhnlichen Sturz und damit um einen leichten Unfall im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, bei dem der adäquate Kausalzusammenhang ohnehin zu verneinen sei (angefochtener Einspracheentscheid E. 3).

5.2.3 Gemäss Beschwerdeführer ist der Unfall zumindest als mittelschwer zu qualifizieren; es habe sich nicht ein gewöhnlicher Sturz ereignet (vgl. zum Unfallbescheid gemäss Beschwerdeführer oben E. 3.1).

5.2.4 Soweit der Beschwerdeführer zur Begründung auf hypothetische Unfallfolgen verweist, ist dies ohnehin unmassgeblich. Die Unfallschwere ist allein aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den dabei sich entwickelnden Kräften zu beurteilen (BGE 148 V 301 E. 4.3.1; BGE 140 V 356 E. 5.1). Wie bereits ausgeführt, kann die Treppe in F. _____ nicht als steil bezeichnet werden. Zudem bleibt unklar, ob der Beschwerdeführer beim Hinauf- oder Herabsteigen gestürzt ist, wobei der Bericht der P. _____ eher auf einen Sturz beim Aufsteigen zur Physiotherapie-Praxis im ersten Stock hindeutet. Weiter fehlen in den unfallnahen Arztberichten Verletzungen wie Prellmarken, Schürfungen oder

dergleichen, was gegen einen Unfall mit eindrücklichen Kräften spricht (vgl. oben E. 2). Es kann dies aber letztlich offen bleiben, da mit Blick auf die Rechtsprechung der vorliegende Sturz so oder anders nicht den mittelschweren Unfällen im engeren Sinne, sondern höchstens den mittelschweren im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zugeordnet werden kann (vgl. Urteile BGer 8C_620/2021 vom 14.1.2022; 8C_899/2013 vom 15.5.2014 E. 5.1.2; 8C_39/2008 vom 20.11.2008 E. 5.1; je mit weiteren Hinweisen). Damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte, müssten daher mindestens vier Kriterien in der einfachen Form - oder aber eines in ausgeprägter Weise - erfüllt sein (SVR 2020 UV Nr. 1 S. 1, 8C_117/2019 E. 7.1), wobei rechtsprechungsgemäss Adäquanzkriterien nur mit grosser Zurückhaltung als ausgeprägt erfüllt anzuerkennen sind (Urteile BGer 8C_131/2021 vom 2.8.2021 Erw. 6.4.1).

5.3.1 Von den massgeblichen Adäquanzkriterien (siehe hierzu BGE 115 V 140 E. 6c/aa; Urteil BGer 8C_123/2018 vom 18.9.2018 E. 5) erachtet der Beschwerdeführer jene der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen, eines äusserst schwierigen Heilungsverlaufs, sowie einer langen, vollständigen Arbeitsunfähigkeit als erfüllt, wobei der schwierige Heilverlauf sowie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit in ausgeprägter Weise.

5.3.2 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung setzt eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden voraus (BGE 140 V 356 E. 5.6.2 mit Hinweisen), wobei dies nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen ist. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist (SVR 2020 UV Nr. 27 S. 110, 8C_518/2019 E. 4.4.4). Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gegeben sein (SVR 2019 UV Nr. 41 S. 155, 8C_632/2018 E. 10.1; Urteil BGer 8C_627/2020 vom 10.12.2020 E. 4.1.2). Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes, (haus-) ärztliche Verlaufskontrollen, medikamentöse Schmerzbekämpfung und Ergotherapie allein genügen diesen Anforderungen nicht (Urteil BGer 8C_596/2022 vom 11.1.2023 E. 4.5.4). Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteile BGer 8C_394/2022 vom 8.11.2022; 8C_807/2023 vom 11.6.2024 E. 6.1).

Nach dem Sturzereignis wurde der Beschwerdeführer am Unfalltag hospitalisiert. Eine eigentliche ärztliche Behandlung fand keine statt (nur eine sukzessive Mobilisation). Er konnte am 12. Februar 2022 bei deutlicher Beschwerdebesserung nach Hause entlassen werden. Verordnet wurde Physiotherapie ohne Planung einer ärztlichen Behandlung (vgl. oben E. 2.2). Nach erfolgtem MRI vom 15. Februar 2022 erachtete der Arzt die Konsultation eines Neurochirurgen als nicht indiziert; verordnet wurde weiter Physiotherapie (vgl. oben E. 2.16). Der Beschwerdeführer suchte dann dennoch Dr.med. G. _____ auf, welcher ihn am 24. März 2022 untersuchte (vgl. oben E. 2.6). Er führte in der Folge eine Infiltration durch, welche später wiederholt wurde. Im Übrigen beschränkten sich die Arztbesuche auf Verlaufskontrollen; eine eigentliche ärztliche Behandlung wurde nie eingeführt (vgl. zum Verlauf oben E. 2; siehe auch Bf-act. 4). Damit aber ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht erfüllt.

5.3.3 Zur Bejahung der Adäquanz müsste damit mindestens eines der drei noch geltend gemachten Kriterien besonders ausgeprägt erfüllt sein. Dies ist entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers auch bei den zwei von ihm genannten Kriterien nicht der Fall.

Zur Bejahung des geltend gemachten schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben (SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81, U 479/05 E. 8.5; Urteil BGer 8C_627/2020 vom 10.12.2020 E. 4.1.4). Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt allein nicht (Urteile BGer 8C_131/2021 vom 2.8.2021 E. 6.4.3; 8C_627/2020 vom 10.12.2020 E. 4.1.4). Besondere Umstände, wie etwa weitere, den Heilungsverlauf wesentlich beeinträchtigende unfallfremde Krankheiten, sind vorliegend keine ersichtlich. Dokumentiert sind in erster Linie Verlaufskontrollen, wenige Infiltrationen sowie eine im Verlauf wenig gebesserte Beschwerdesituation. Indes bestehen keine Anzeichen für Umstände, welche die Genesung von Unfallfolgen beeinträchtigt oder verzögert hätten. Keinesfalls wäre das Kriterium ausgeprägt erfüllt.

Das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich praxisgemäss nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf, sondern auch auf leidensadaptierte Tätigkeiten (Urteil BGer 8C_592/2023 vom 30.1.2024 E. 10.3.1). Unbestrittenermassen wurde dem Beschwerdeführer bis am 14. Januar 2024 ein Taggeld bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit ausbezahlt. Allein hieraus kann der Beschwerdeführer aber nichts zu seinen Gunsten ableiten (vgl. Urteil BGer 8C_518/2023 vom 23.11.2023

E. 4.2.2). Zudem hielt Dr.med. G. _____ im Bericht vom 18. August 2022 fest, der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres in seiner angestammten Tätigkeit arbeitsunfähig, was rechtsprechungsgemäss nicht entscheidend ist. Im Verlauf konkretisierte er seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht weiter; dass der Beschwerdeführer in keiner angepassten Tätigkeit arbeitsfähig sein könnte, hat auch Dr.med. G. _____ nie geltend gemacht. Kommt hinzu, dass die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit nach dem Gesagten nicht auf objektivierbare, strukturelle Unfallfolgen zurückzuführen wäre. Sodann genügt nach der Rechtsprechung eine rund dreijährige durchgehende Arbeitsunfähigkeit, um dieses Kriterium zu erfüllen. Selbst wenn also das Kriterium vorliegend bereits bei zwei Jahren als erfüllt qualifiziert würde, wäre es keinesfalls in besonders ausgeprägter Weise erfüllt.

5.4 Damit aber hat die Suva zu Recht auch festgehalten, dass zwischen den vom Beschwerdeführer noch geklagten HWS-Beschwerden und dem Unfall vom 10. Februar 2022 auch kein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

6. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Zu Recht schloss die Suva den Fall per 15. Januar 2024 ab und lehnte darüber hinaus weitere Versicherungsleistungen, namentlich auch einen Anspruch auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung, ab.

7. Es sind keine Kosten zu erheben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang keiner (Art. 61 lit. ^{fbis} und lit. 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).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R, inkl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 6.11.2024)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. November 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch 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: 10. Dezember 2024