

SO_GERICHTE VSBES.2021.104 vom 25. Mai 2021

SO Obergericht, 2021-05-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.104

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.104 du 25 mai 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.104 del 25 maggio 2021

Erwägungen

E. 1

Grades am 7. September 2019 sowie einer Struma multinodosa entnehmen. Es sei die Selbstvorstellung des Beschwerdeführers einen Tag nach axialem Kopftrauma durch einen Containerdeckel mit subjektiver Gangunsicherheit, verschwommener Sicht und rotationsabhängigen Nackenschmerzen erfolgt. Klinisch habe sich eine mit Wundkleber versorgte reizlose Rissquetschwunde hochparietal mittig, sowie ein paravertebraler Muskelhartspann der HWS ohne neurologische Defizite gezeigt. Im anschliessend durchgeführten Angio-CT-Schädel/HWS habe es keine Hinweise auf intrakranielle Blutungen, Schädel/HWS-Frakturen oder Halsgefässdissektionen gegeben, sodass die aktuellen Beschwerden im Rahmen eines postkommotionellen Syndroms interpretiert werden könnten bei am Folgetag bereits wieder aufgenommenen Arbeit. Nebenbefundlich imponiere im CT eine grosse Struma multinodosa mit Rechtsverschiebung der Trachea. Gemäss dem Beschwerdeführer sei diese vor zehn Jahren abgeklärt und als nicht therapiebedürftig erachtet worden. Beschwerden habe er nie gehabt, keine Dyspnoe, keine Schluckstörungen, keine heisere Stimme. Zur Abklärung eines akuten Therapiebedarfs seien TSH, fT3, und fT4 bestimmt worden, welche allesamt normwertig ausgefallen seien. Der Beschwerdeführer habe danach wieder nach Hause austreten können.

4.3 Am 22. Oktober 2019 wurden eine MRT der Halswirbelsäule sowie eine MRT und eine MRA des Neurokraniums durchgeführt. Dr. med. N.____, FMH Radiologie, berichtete von einem unauffälligen Kraniumbefund ohne Hinweis auf signifikant posttraumatische Veränderungen. Es bestehe keine intrazerebrale Blutung und keine Parenchymläsion; Aktivierte Arthrose des Facettengelenkes C4/5 links; Flachbogig kyphotische Fehllhaltung der HWS mit angedeuteter Ventrolisthesis HWK 4/5, Grad I nach Modic; Segmental betonte Spondylchondrosen C4-6 mit kleinen Bandscheibenherniationen, die zu gemischt spondylogenen und diskogenen intraforaminalen Wurzelkompressionen geführt hätten. Neuroforaminale Enge mit Bedrängung der C6-Wurzel linksseitig in C5/6. Kleine intraforaminale Bandscheibenextrusion C6/7 mit Kompression der Wurzel C7 rechts; Massive Struma nodosa linksbetont (Suva-Nr. 34).

4.4 Dr. med. O.____, Chefarzt, Kompetenzzentrum Wirbelsäulen Chirurgie, Spital G.____, stellte in seinem Sprechstundenbericht vom 30. November 2019 (Suva-Nr. 28) die Diagnose eines HWS-Beschleunigungstraumas ohne Verletzungsanzeichen bei jedoch mehrsegmentaler Degeneration der Halswirbelsäule. Der Patient beklage Nackenschmerzen und auch Kopfschmerzen seit einem Unfallereignis, vorher habe er offenbar nie Beschwerden gehabt und beklage diese Beschwerden jetzt im Zusammenhang mit diesem Unfallereignis. Die Schmerzen seien im Occiputbereich gelegen und strahlten gelegentlich nach kranial aus. Gleichzeitig manchmal auch eine Ausstrahlung über die rechte Schulter in den Arm. Er beschreibe ausserdem ein Kribbeln im Bereich beider

kleiner Finger, hier seien beide Seiten gleichmässig betroffen. Eine Dysästhesie der gesamten rechten Hand werde ebenfalls gelegentlich beschrieben. Ausserdem beschreibe der Patient, dass er beim Laufen gelegentlich stolpere, er bringe dies ebenfalls in Zusammenhang mit der Halswirbelsäule bzw. Kopfproblematik. In der Befunderhebung wird festgehalten, heute erscheine der Patient in eingeschränkter Inklinaton, der Finger-Boden-Abstand betrage etwa 20 cm. Hierbei habe er leichte Schmerzen. Diskrete Schmerzen auch bei der Aufrichtung. Die differenzierten Gang- und Standarten seien problemlos vorführbar und die periphere Sensomotorik sei heute beidseits seitengleich intakt. Auch die Kraftentfaltung und die Sensibilität im Bereich der oberen Extremitäten seien seitengleich intakt. Die Rotation sei zu beiden Seiten leicht eingeschränkt, Reklination im HWS-Bereich ebenfalls eingeschränkt bei intakter Inklinaton. Die vorliegenden MRT-Aufnahmen der Halswirbelsäule hätten die mehrsegmentale Degeneration mit leichten Chondrosen sowie auch Spondylarthrosen gezeigt, ebenfalls rechtsbetonte Diskusprotrusion C5/6 und C6/7. Eine hochgradige Neurokompression lasse sich jedoch nicht nachweisen.

4.5 Mit Überweisungsschreiben vom 5. November 2019 veranlasste der Hausarzt Dr. med. D. ____, Allgemeine Innere Medizin FMH, eine neurologische Untersuchung (Suva-Nr. 32). Diese fand am 19. Dezember 2019 in der Praxis P. ____, Dr. med. E. ____, Facharzt für Neurologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 20. Dezember 2019 (Suva-Nr. 41) die Diagnose eines intermittierenden zervikozephalen Schmerzsyndroms rechtsbetont. Beim Patienten habe sich vor mehr als drei Monaten eine Kontusion des Kopfes zugetragen, es bestünden keine Hinweise für eine Commotio cerebri. Die Beschwerden seien mittlerweile nur mehr intermittierend vorhanden, die Arbeitsfähigkeit betrage weiterhin offenbar nur 50 %. Etwas ungünstig im posttraumatischen Verlauf sei vielleicht der Umstand gewesen, dass er am Tag nach dem Unfall 12 Stunden arbeiten gegangen sei und dann nach einer Woche Pausieren die Arbeit wieder aufgenommen habe mit einem Pensum von angeblich zunächst 70 bis 80 %, erst später habe er dann auf 50 % reduziert. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung sei an sich normal, die angedeutete dissoziierte Sensibilitätsstörung finde in den MRI-Untersuchungen des Kopfes und der HWS keine Ursache. Für die im MRI beschriebenen möglichen Wurzelkompressionen C6 links und C7 rechts ergäben sich aktuell keine klinisch-neurologischen Korrelate. Dementsprechend fänden sich aktuell aus neurologischer Sicht keine klaren posttraumatischen Läsionen im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems. Von daher sei die Arbeitsfähigkeit des Patienten aus neurologischer Sicht aktuell nicht eingeschränkt. Bei Persistenz der Symptomatik werde eine rheumatologische oder kreisärztliche Untersuchung empfohlen. Es seien zunächst keine weiteren Kontrollen geplant.

4.6 Dr. med. D. ____, hielt in seinem Überweisungsschreiben an das Rehabilitations- und Rheumazentrum des Spitals G. ____, vom 7. Januar 2020 (Suva-Nr. 40) fest, es bestehe eine komplexe Vorgeschichte mit jedoch persistierenden Beschwerden seit dem Unfall. Physiotherapie und Medikamente hätten nur teilweise geholfen. Es persistiere ein lokales Schmerzsyndrom im Nackenbereich vor allem bei Reklination und Rechtsrotation sowie ein Taubheitsgefühl Kleinfinger bds. Es sei initial eine Beurteilung durch den Wirbelsäulendienst sowie auch kürzlich durch die Neurologie erfolgt. Aufgrund der lokalen Beschwerden vor allem mit Bewegungseinschränkung der HWS und des Kopfes bestehe auch eine persistierende Einschränkung der Belastbarkeit / Arbeitsfähigkeit.

4.7 Dr. med. F.____, Leitender Arzt Rheumatologie, Spital G.____, führte in seinem Wirbelsäulensprechstundenbericht vom 21. Februar 2020 (Suva-Nr. 61) aus, im Rahmen der aktuellen Untersuchung könnten die nuchalen Schmerzen durch Bewegung problemlos reproduziert werden, wobei vor allem die Kopffrotation nach rechts stark eingeschränkt sei. Es imponiere eine umschriebene Druckdolenz mit parietaler Schmerzausstrahlung im Bereich der Linea nuchae superior als Ansatzregion des hypertonen M. sternocleidomastoideus und M. trapezius rechts. Der Beschwerdeführer gebe eine leichte Hypästhesie für Berührung im Bereich der Dig. V beider Finger und im Bereich der gesamten rechten unteren Extremität an. Radikuläre motorische Defizite fänden sich nicht. In Zusammenschau mit der MRT-Untersuchung der HWS und des Neurokraniums vom 22. Oktober 2019 sei formal von einem subakuten, deutlich rechtsbetonten zervikozephalen Syndrom mit myotendinotischer Komponente auszugehen, wobei aus rheumatologischer Sicht eine Detonisierung der Nackenmuskulatur, welche auch die Gefühlsstörungen im Bereich der Kleinfinger im Sinne eines Thoracic outlet-Syndroms erklären könnten, im Vordergrund stehe. Inwiefern durch die Schädelkontusion zerebrale Mikroläsionen unterhalb der MR-Nachweisschwelle aufgetreten seien und z.B. für die Koordinationsstörungen des rechten Beines verantwortlich seien, könne nur spekuliert werden. Es sei ein schmerzdistanzierender, schlafanstossender Therapieversuch mit Surmontil-Tropfen zur Nacht in Kombination mit einer myorelaxierenden Medikation mit Sirdalud verordnet worden, was zu einer besseren Schlafqualität geführt habe, so dass der Beschwerdeführer nun durchschlafen könne. Im Übrigen sei dem Beschwerdeführer zur fixen Einnahme von Vimovo geraten und die physiotherapeutische Instruktion von detonisierenden und kräftigenden Übungen der HWS-Muskulatur unter Berücksichtigung der Schmerzschwelle empfohlen worden, nachdem er bislang ein selbstständiges Training an Geräten zu Hause durchgeführt habe. Aus rheumatologischer Sicht sei die aktuelle angestammte Tätigkeit mit 50 % zeitlicher Anwesenheit und 25 % Leistung zumutbar.

4.8 In seinem Bericht vom 9. März 2020 (Suva-Nr. 63) führte Dr. med. F.____ aus, seit der letzten Konsultation am 14. Februar 2020 habe sich die HWS-Mobilität subjektiv leicht verbessert, wobei aber bei brusken Bewegungen z.B. Husten und vor allem auch Extensions- und Rotationsbewegungen nach rechts weiterhin punktförmige Schmerzen hoch nuchal rechts mit parietaler Ausstrahlung aufträten. Mittels regelmässiger Einnahme von Sirdalud 4 mg und Surmontil 5 Tropfen zur Nacht habe sich die Schlafqualität spürbar verbessert, so dass der Beschwerdeführer normalerweise durchschlafen könne. Andererseits habe die regelmässige Einnahme von Vimovo zwei Mal am Tag keine wesentliche Beschwerdereduktion bewirkt. Klinisch imponiere aktuell eine HWS-Mobilität von Rotation 60° links, 40° rechts, Seitneigung 30° beidseits und Flexion/Extension mit 2/14 cm KSA. Der Beschwerdeführer habe zwischenzeitlich eine physiotherapeutische Behandlung im Institut Q.____ in [...] aufgenommen, wobei detonisierende und kräftigende Übungen der HWS-stabilisierenden Muskulatur instruiert werden sollten. Aus rheumatologischer Sicht sei die aktuell angestammte Tätigkeit mit 50 % zeitlicher Anwesenheit und 25 % Leistung zumutbar.

4.9 Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 19. März 2020 (Suva-Nr. 68) fest, in der neurologischen Untersuchung bei Dr. med. E.____ fänden sich keine objektivierbaren neurologischen Defizite. In der MRI-Untersuchung von Gehirnschädel und der HWS fänden sich keinerlei unfallbedingte strukturelle Läsionen des zentralen und peripheren Nervensystems. An der HWS seien aber multietagere degenerative

Veränderungen mit auch kleineren Bandscheibenprotrusionen und möglicher Kompression der Wurzel C7 rechts nachgewiesen worden. Entsprechende objektivierbare klinische Symptome fänden sich aber weder in der Untersuchung beim Neurologen, Wirbelsäulenchirurgen, noch beim Rheumatologen. Die vom Versicherten beklagten, erst nach Wochen aufgetretenen Empfindungsstörungen in den Kleinfingern beider Hände seien allein schon aufgrund der Latenz bis zum Auftreten der Symptome mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht kausal zum Ereignis vom 7. September 2019. Aus unfallversicherungsmedizinischer Sicht habe der Versicherte eine Schädelkontusion und ein axiales Trauma der Wirbelsäule erlitten ohne nachweisbare, unfallbedingte, strukturelle Veränderungen an den knöchernen, ligamentären und neuralen Strukturen bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule. Eine Schädelkontusion ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen im MRI gelte nach spätestens drei Monaten als abgeheilt. Im Bereich der HWS sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines unfallfremd vorbestehenden degenerativen Zustandes auszugehen. Eine solche Verschlimmerung gelte nach sechs bis neun Monaten als beendet und der Status quo sine als erreicht. Nach dieser Zeit seien die vom Patienten beklagten Beschwerden nicht mehr mit dem Ereignis erklärbar, sondern überwiegend wahrscheinlich auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen zurückzuführen. Aktuell könne die Zumutbarkeit wie folgt definiert werden: Zumutbar seien mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, vorzugsweise wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen für die HWS, insbesondere nicht in Reklination mit andauerndem Blick nach oben. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei prinzipiell eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar.

4.10 In seinem Bericht vom 20. April 2020 (Suva-Nr. 78) bestätigte Dr. med. F.____ seine bisherige Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht die aktuell angestammte Tätigkeit bei 50 % zeitlicher Anwesenheit und 25 % Leistung zumutbar sei. Zudem sei am 8. April 2020 eine Mischinfiltration (KenacortA40/Bupivacain) am hauptsächlichen Schmerzpunkt nochmal rechts durchgeführt worden, was gemäss telefonischer Rückmeldung am 20. April 2020 nur zu einer dumpferen Schmerzqualität, aber nicht zur Schmerzabnahme geführt habe.

4.11 Am 19. Juni 2020 erfolgte im Auftrag von Dr. med. F.____ eine SPECT-CT Untersuchung der Halswirbelsäule. In seinem Bericht vom 28. Juli 2020 (Suva-Nr. 118) führte der Rheumatologe aus, seit der letzten Konsultation am 20. April 2020 habe sich an den vorwiegend bewegungsabhängigen Schmerzen betont hochzervikal rechts mit eingeschränkter HWS-Motilität keine Verbesserung ergeben. Auch die ambulanten physiotherapeutischen Behandlungen hätten keine anhaltende Verbesserung der Situation bewirkt. Der Rotationsumfang der HWS sei in Flexion deutlich besser als in Extension, was anatomisch für eine Schmerzentstehung in den unteren HWS-Segmenten spreche, entgegen der hochzervikalen Schmerzlokalisierung. Der Beschwerdeführer beschreibe weiterhin eine Störung des Temperatursinns und leichte Koordinationsstörungen der rechten unteren Extremität, was sich z.B. beim Gehen auf unebenem Grund auswirke. Die SPECT-CT-Untersuchung habe nur eine leichte Mehrbelegung des Facettengelenks HWK4/5 links und des Unkovertebralgelenks HWK5/6 links gezeigt. Es bestehe formal ein Zervikalsyndrom mit Chronifizierungstendenz, wobei zentralisierte Schmerzanteile sehr wahrscheinlich seien. Der Beschwerdeführer werde im Hinblick auf die Koordinations- und Gefühlsstörungen im Bereich der rechten unteren Extremität zu einer neurologischen

Second-Opinion angemeldet.

4.12 Im Einspracheverfahren liess der Beschwerdeführer folgende Unterlagen einreichen:

4.12.1 Dr. med. R.____, Leitender Arzt Neurologie, Spital G.____, führte in seinem Bericht vom 9. Oktober 2020 (Suva-Nr. 128, S. 5 ff.) aus, klinisch imponierten vorwiegend die nuchale Druckdolenz sowie die eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Die Sensibilitätsstörungen der linken Körperseite seien in ihrer fleckförmigen Verteilung nicht einer anatomischen Struktur zuordenbar und eine klare Ataxie der rechten unteren Extremität finde sich ebenso wenig wie pyramidale oder radikuläre Zeichen. Ob schon eine weitere Untersuchung ■ etwa mittels somatosensibel evozierter Potenziale des N. ulnaris ■ der Sensibilitätsstörung möglich wäre, verspreche sich Dr. med. R.____ davon angesichts der klinischen und radiologischen Befunde ohne Anhaltspunkte für eine strukturelle Schädigung des Nervensystems wenig Nutzen und es sei von weiteren neurologischen Abklärungen abzusehen. Bezüglich der Frage von Dr. med. F.____ nach möglichen postkommotionellen Beschwerden lägen solche zumindest initial vor. Angesichts des klaren zeitlichen Zusammenhanges des gesamten Beschwerdekomples mit dem Unfall erscheine auch ohne Nachweis einer strukturellen Unfallfolge ein Kausalzusammenhang sehr plausibel.

4.12.2 Die Taggeldversicherung des Beschwerdeführers veranlasste bei Dr. med. J.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, ein rheumatologisches Gutachten. Dr. med. J.____ stellte in seinem Gutachten vom 11. Oktober 2020 (Suva-Nr. 131, S. 2 ff.) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Zervikoverte-bral- und Zervikozephal-syndrom nach axialem Stauchungstraumen am 7. September 2019 (ICD-10 M54.01 und M54.03). In der Diagnoseherleitung wurde aufgeführt, die jetzt zu beobachtende muskulo-skelettale Störung und Dysbalance seien durch das axiale Stauchungstrauma entstanden. Die Auslenkung der HWS im zervikothorakalen Übergang nach rechts zum Abfedern des axialen Stauchungstraumas durch den Schlag auf den Kopf in genau der jetzt zu beobachtenden fixierten Körperhaltung (nach links geneigter Hals, Schulter in Protraktion, BWS/WS in Rechtsrotation) habe zu einer reflektorischen Spannung der ipsilateralen, auf der konvexen Seite der Wirbelsäulenkrümmung liegenden Muskulatur geführt und zu einer tetanischen Verriegelung in dieser Position. Durch diesen muskulären ■Schutzpanzer" werde in der Traumasituation eine (weitere) Verletzung der Wirbelsäule verhindert. Solche quasi ■eingefrorenen" Innervationsmuster fänden sich häufig nach Traumatisierungen, bei denen der Bewegungsapparat durch Muskelgegenspannung die kinetische Energie des Traumas abfangen müsse. Die Beckenverwringung mit Ilium anterior rechts führe zu einer funktionellen Beinlängendifferenz mit gegenüber zuvor funktionell zu kurzem rechten Bein. Solche diskreten funktionellen Beinlängendifferenzen kämen häufig vor und stellten im Allgemeinen oft kein Problem dar. Träten sie jedoch neu auf, könne die durch lebenslangen Gebrauch normierte Propriozeption für die Beinlänge irritiert sein und es könnten Gangunsicherheit und Stolperneigung auftreten wie bei diesem Versicherten. Eine Beckenverwringung sei dann häufig Folge einer absteigenden Kettenstörung und stehe auch bei diesem Versicherten wahrscheinlich im Zusammenhang mit der weiter kranial gelegenen vertebrealen Dysfunktion. Die degenerativen Veränderungen in der HWS seien allenfalls diskret und erklärten die Befunde bei dem Exploranden nicht, oben genannte muskulo-skelettale Analyse anhand der klinischen Befunde jedoch sehr gut. Auch im MRT

finde sich die Strecksteilung der HWS aufgrund des Muskelhartspanns und die Achsabweichung nach links um 5 Grad (naturgemäss weniger ausgeprägt als in der axialen Position). Auch der Rheumatologe Dr. med. F.____ finde eine Pathologie im Bereich der unteren Halswirbelsäule bei Rotations-Störung nach rechts in HWS-Extension. Nicht erklärlich sei die Einschätzung des Neurologen Dr. med. S.____ (recte: E.____), der in seinem Fachgebiet keine Einschränkung sehe. Zwar bestehe keine unmittelbare strukturelle Nervenläsion, jedoch seien die funktionellen Störungen der Muskelspannung, des Gleichgewichts und des Ganges zumindest überschneidend in seinem Fachgebiet zu sehen. Die Einschätzung des SUVA-Arztes nach Aktenlage könne vom Referenten überhaupt nicht geteilt werden. Auch funktionelle Unfallfolgen könnten über den normierten postulierten Heilungszeitraum von sechs bis neun Monaten andauern. Es bestünden keine Aufzeichnungen / Vorbefunde muskulo-skelettal aus der Zeit vor dem Unfall. Allerdings sei der Patient hier beschwerdefrei und nie aktenkundig mit diesbezüglichen medizinischen Problemen gewesen. In der angestammten Tätigkeit sei der Versicherte noch zu 50 % arbeitsfähig. Die angestammte Tätigkeit sei soweit möglich angepasst mit Wechselbelastungen. Die Leistungsfähigkeit sei abhängig von der Dauer der Belastung und reiche von initial 100 % bis im Verlauf 25 %. Die zeitliche Belastbarkeit schwanke zwischen 4 ■ 6 Stunden täglich. Als Richtwert könne eine halbtägige Arbeitsfähigkeit mit voller Leistungsfähigkeit gelten, d.h. 50 % Gesamtarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit.

4.12.3 Gemäss Sprechstundenbericht von Dr. med. T.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 3. November 2020 (Suva-Nr. 128, S. 8 ff.) habe die Röntgenuntersuchung eine geringe Chondrose der Segmente C, degenerative Zeichen auf Unc-/ Spondylarthrose der Segmente C bei einer ansonsten unauffälligen Befundlage ergeben. Es seien neben den auffälligen Untersuchungsbefunden weitere Therapiemöglichkeiten besprochen worden. Gemäss dem Orthopäden werde eine weiterführende Abklärung im Sinne einer weiteren fachärztlichen oder weiterführenden radiologischen Diagnostik aktuell als nicht erforderlich gehalten.

4.13 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reicht der Beschwerdeführer die Stellungnahme des RAD vom 22. Februar 2021 zu den Akten (Urkunde Nr. 4 des Beschwerdeführers). RAD-Arzt Dr. med. U.____, Facharzt Anästhesiologie FMH, hielt in seiner Stellungnahme fest, es könne auf das sehr ausführliche und nachvollziehbare rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Taggeldversicherung abgestellt werden, wonach seit dem 16. September 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. F.____ habe im Bericht vom 28. Juli 2020 ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit dem Unfallereignis attestiert.

5. Es stellt sich die Frage, ob in Bezug auf die durch den Unfall vom 7. September 2019 verursachten Beschwerden der Zeitpunkt für den Fallabschluss am 30. Juni 2020 erreicht war.

5.1 Die Beschwerdegegnerin gelangte in ihrer Verfügung vom 8. Mai 2020 und ihrem Einspracheentscheid vom 25. Mai 2021 zum Ergebnis, im vorliegenden Fall liessen sich keine objektivierbaren Schäden im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 7. September 2019 belegen. Dabei stützte sie sich auf die bildgebenden Abklärungen in den Akten sowie den kreisärztlichen Aktenbericht von Dr. med. H.____ vom 19. März 2020. Wie die Beschwerdegegnerin und der Kreisarzt zutreffend festhalten, ergaben die CT-Untersuchungen des Schädels und der Halswirbelsäule vom 8. September 2019 (E. II. 4.2.1 hiervor; Suva-Nr. 19) sowie die CT Angiographie Hals Schädel vom 9. September

2019 (E. II. 4.2.2 hiervor; Suva-Nr. 18) im Spital G.____ keine Hinweise auf traumatische Läsionen. In den Untersuchungen zeigten sich aber leichte degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule. In der am 22. Oktober 2019 durchgeführten MRT der Halswirbelsäule sowie der MRA des Schädels fanden sich ebenfalls keine unfallbedingten strukturellen Läsionen des zentralen und peripheren Nervensystems, jedoch wurden an der Halswirbelsäule mehrsegmentale Degenerationen mit auch kleineren Bandscheibenprotrusionen und Kompression der Wurzel C7 rechts nachgewiesen. In der Folge fanden verschiedene spezialärztliche Untersuchungen statt. Dr. med. O.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 30. November 2019 (E. II. 4.4 hiervor, Suva-Nr. 28) ein HWS-Beschleunigungstrauma ohne Verletzungsanzeichen bei jedoch mehrsegmentaler Degeneration der Halswirbelsäule. Er führte aus, die vorliegenden MRT-Aufnahmen der Halswirbelsäule hätten die mehrsegmentale Degeneration mit leichten Chondrosen sowie auch Spondylarthrosen gezeigt, ebenfalls eine rechtsbetonte Diskusprotrusion C5/6 und C6/7. Eine hochgradige Neurokompression liess sich gemäss dem Wirbelsäulenchirurgen jedoch nicht nachweisen. Der Neurologe Dr. med. E.____ konnte in seinem Bericht 20. Dezember 2019 (E. II. 4.5 hiervor; Suva-Nr. 41) ebenfalls keine klaren posttraumatischen Läsionen im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems feststellen. Er hielt konkret fest, dass die klinisch-neurologische Untersuchung an sich normal gewesen sei und die angedeutete dissoziierte Sensibilitätsstörung in den MRI-Untersuchungen des Kopfes und der HWS keine Ursache finde. Für die im MRI beschriebenen möglichen Wurzelkompressionen C6 links und C7 rechts ergäben sich aktuell keine klinisch-neurologischen Korrelate. Des Weiteren folgten rheumatologische Untersuchungen bei Dr. med. F.____, welcher ein subakutes zervikozephalales Syndrom rechtsbetont diagnostizierte (E. II. 4.7 hiervor; Suva-Nr. 61). Der Rheumatologe führte aus, in Zusammenschau mit der MRT-Untersuchung der HWS und des Neurokraniums vom 22. Oktober 2019 sei formal von einem subakuten, deutlich rechtsbetonten zervikozephalen Syndrom mit myotendinotischer Komponente auszugehen, wobei aus rheumatologischer Sicht eine Detonisierung der Nackenmuskulatur, welche auch die Gefühlsstörungen im Bereich der Kleinfinger im Sinne eines Thoracic outlet-Syndroms erklären könnten, im Vordergrund stehe. Inwiefern durch die Schädelkontusion zerebrale Mikroläsionen unterhalb der MR-Nachweisschwelle aufgetreten seien und z.B. für die Koordinationsstörungen des rechten Beines verantwortlich seien, könne nur spekuliert werden. Dementsprechend konnte auch der Rheumatologe keine objektivierbaren Schäden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. September 2019 feststellen. Er führte auf der Suche nach einer Erklärung weitere Abklärungen durch und holte im Hinblick auf die Koordinations- und Gefühlsstörungen im Bereich der rechten unteren Extremität eine neurologische Second-Opinion ein. Die von ihm initiierte Spect-CT-Untersuchung (E. II. 4.11 hiervor; Suva-Nr. 118) ergab aber nur eine leichte Mehrbelegung des Facettengelenks HWK4/5 links und des Unkovertebralgelenks HWK5/6. Die neurologische Zweitmeinung, durchgeführt von Dr. med. R.____ am 9. Oktober 2020 (E. II. 4.12.1 hiervor; Suva-Nr. 128, S. 5 ff.), ergab ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine strukturelle Schädigung des Nervensystems. Konkret führte der Neurologe aus, obschon eine weitere Untersuchung der Sensibilitätsstörung möglich wäre, werde sich davon angesichts der klinischen und radiologischen Befunde ohne Anhaltspunkte für eine strukturelle Schädigung des Nervensystems wenig Nutzen versprochen, weshalb von weiteren neurologischen Abklärungen abzusehen sei. Bezüglich der Frage von Dr. med. F.____ nach möglichen postkommotionellen Beschwerden (vgl. Suva-Nr. 118, S. 2), lägen solche gemäss Dr. med.

R.____ zumindest initial vor. Angesichts des klaren zeitlichen Zusammenhanges des gesamten Beschwerdekompleses mit dem Unfall erscheine auch ohne Nachweis einer strukturellen Unfallfolge ein Kausalzusammenhang sehr plausibel. Diese Formulierung genügt aber nicht, um auf eine überwiegende Wahrscheinlichkeit zu schliessen.

5.2 Die beim Beschwerdeführer durchgeführten bildgebenden Untersuchungen der Wirbelsäule und des Schädels ergaben somit keine strukturellen Läsionen, welche auf den Unfall vom 7. September 2019 zurückgeführt werden konnten, sondern ausschliesslich degenerative, also nicht unfallbedingte Veränderungen. Auch eine von der zu erwartenden Progression abweichende richtungsgebende Verschlimmerung des krankheitsbedingten Vorzustands ist nirgends belegt. Die rechtsbetonte Diskusprotrusion C5/6 und C6/7 ist ebenfalls überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 7. September 2019 zurückzuführen, sondern Ausdruck der voranschreitenden degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, da Diskusprotrusionen nach medizinischer Lehrmeinung in der Regel Folge eines degenerativen Prozesses sind. Degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule können nur ganz ausnahmsweise als im eigentlichen Sinne unfallbedingt angesehen werden. Eine unfallbedingte Veränderung muss organisch objektiv ausgewiesen sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2011 vom 14. September 2011 E. 3.3 mit Hinweisen). Hier ist zu beachten, das im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises auch medizinische Erfahrungssätze berücksichtigt werden dürfen, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.2.3, unter Hinweis auf BGE 126 V 183 E. 4c S. 189 f.). In diesem Sinne ist bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule ■ wie es hier der Fall ist ■ in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr davon auszugehen, die durch den Unfall verursachte Verschlimmerung des Vorzustandes habe sich auf jenen Zustand zurückgebildet, der sich auf Grund des schicksalsmässigen Verlaufs des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingestellt hätte (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2011 vom 14. September 2011 E. 3.3 mit Hinweisen). Dr. med. H.____ geht davon aus, dass eine Schädelkontusion ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen im MRI nach spätestens drei Monaten als abgeheilt gelte. Im Bereich der Halswirbelsäule sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines unfallfremd vorbestehenden degenerativen Zustandes auszugehen. Eine solche Verschlimmerung gelte nach sechs bis neun Monaten als beendet und der Status quo sine als erreicht. Nach dieser Zeit seien die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden nicht mehr mit dem Ereignis erklärbar, sondern überwiegend wahrscheinlich auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen zurückzuführen (Suva-Nr. 69, S. 6). Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin erfolgte per 30. Juni 2020 und somit neun Monate nach dem Unfallereignis. Dies lässt sich unter Berücksichtigung allein der organisch nachweisbaren Unfallfolgen nicht beanstanden.

5.3 In den Akten findet sich nichts, was einen anderen Schluss gebieten würde. Die im Rahmen des Einspracheverfahrens eingereichten Berichte von Dr. med. R.____ vom 9. Oktober 2020 und Dr. med. T.____ vom 3. November 2020 sowie das Gutachten von Dr. med. J.____ vom 11. Oktober 2020 vermögen keine auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. H.____ hervorzurufen. Wie oben bereits dargelegt (vgl. E. II. 5.1 hiervor), konnte Dr. med. R.____ keine Anhaltspunkte für eine strukturelle Schädigung des Nervensystems feststellen. Wenn der Neurologe aufgrund der zeitlichen Nähe des Auftretens der Beschwerden zum Unfall einen Kausalzusammenhang auch ohne

Nachweis einer strukturellen Unfallfolge als sehr plausibel erachtet, kann dem nicht gefolgt werden. Auch der Orthopäde Dr. med. T.____ konnte in seinem Bericht vom 3. November 2020 (E. II. 4.12.3 hiervor; Suva-Nr. 128, S. 8 ff.) keine objektivierbaren Schäden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. September 2019 feststellen. Dr. med. J.____ beschreibt in seinem Gutachten vom 11. Oktober 2020 (E. II. 4.12.2 hiervor; Suva-Nr. 131, S. 2 ff.) eine muskulo-skelettale Störung im Segment zwischen dem siebten Halswirbel- und dem ersten Brustwirbelkörper. Diese muskulo-skelettale Störung und die Dysbalance seien nach Auffassung des Gutachters durch das axiale Stauchungstrauma entstanden. Die degenerativen Veränderungen in der HWS seien allenfalls diskret und erklärten die Befunde beim Beschwerdeführer nicht, die muskulo-skelettale Analyse anhand der klinischen Befunde jedoch sehr gut. Auch im MRT finde sich die Strecksteilung der HWS aufgrund des Muskelhartspanns und die Achsabweichung nach links um 5 Grad (Suva-Nr. 131, S. 14 f.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (A.S. 23) handelt es sich bei einer muskulo-skelettalen Störung nicht um einen objektivierbaren strukturellen Schaden. Dr. med. J.____ bestätigte (wie gesagt) denn auch selbst, dass die degenerativen Veränderungen in der HWS die Befunde beim Beschwerdeführer nicht erklärten, die muskulo-skelettale Analyse anhand der klinischen Befunde jedoch sehr gut. Was die gemäss dem Gutachter sichtbare Achsabweichung nach links um 5 Grad anbelangt, ist mit der Beschwerdegegnerin (A.S. 37) festzuhalten, dass sich diese im MRT-Bericht vom 22. Oktober 2019 (Suva-Nr. 34) fachärztlich nicht objektivieren lässt. Schliesslich kann der Beschwerdeführer aus dem RAD-Bericht vom 22. Februar 2021 (Urkunde Nr.

E. 2

2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 10. Oktober 2017 E. 3). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E.1, 118 V 289 E.1b, je mit Hinweisen).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des

eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f., 134 V 109 E. 6.1 S. 116, 115 V 133; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 4.5.1). 2.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer 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 (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis). 3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_852/2016 vom 12. September 2017 E. 3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze

der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheids – vorliegend bis 25. Mai 2021 – mitzuberücksichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen).

3.3 Für den Beweiswert eines Arztberichtes 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 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). 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, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Zum medizinischen Sachverhalt enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben:

4.1. Der Beschwerdeführer begab sich noch am Tag des Unfallereignisses vom 7. September 2019 in das Spital C.____ zur ambulanten Behandlung. Im gleichentags erstellten Bericht (Suva-Nr. 33) lässt sich die Diagnose einer Rissquetschwunde am Kopf entnehmen. Es habe keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie, kein Erbrechen und keine Übelkeit bestanden. Die CT-Untersuchung des Schädels habe keine Hinweise auf eine frische ossäre Läsion ergeben und es habe keine intracerebrale Blutung bestanden.

4.2 4.2.1 Am 8. September 2019 wurde im Spital G.____ eine CT-Untersuchung des Schädels und der Halswirbelsäule durchgeführt. Dr. med. L.____, Assistenzarzt, und Dr. med. M.____, Stellvertretende Oberärztin, Institut für Medizinische Radiologie, berichteten am 9. September 2019 von einer leichten degenerativen Veränderungen HWK 5 bis HWK 7, linksbetont, sowie von einer grossen Struma multinodosa mit Trachealverlagerung nach rechts. Hingegen gebe es keine Blutung und keine Fraktur des Schädels und der HWS (Suva-Nr. 19).

4.2.2 Am 9. September 2019 fand im Spital G.____ eine CT Angiographie Hals Schädel statt. Dem gleichentags erstellten Bericht (Suva-Nr. 18) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer von einer Gangunsicherheit und verwaschenem Sehen berichte. Es bestehe eine regelrechte Kontrastierung der zervikalen und intrakraniellen Gefässe ohne Nachweis von Dissektion oder Verschluss. Weiter bestehe eine ausgedehnte, partiell verkalkte Struma multinodosa mit Trachealdeviation nach rechts und geringe degenerative Veränderung der HWS betont HWK 5 bis HWK 7.

4.2.3 Dem gleichentags erstellten Notfallbericht des genannten Spitals (Suva-Nr. 43) lassen sich die Diagnosen eines postkommotionellen Syndroms ED 8. September 2019 nach Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades am 7. September 2019 sowie einer Struma multinodosa entnehmen. Es sei die

Selbstvorstellung des Beschwerdeführers einen Tag nach axialem Kopftrauma durch einen Containerdeckel mit subjektiver Gangunsicherheit, verschwommener Sicht und rotationsabhängigen Nackenschmerzen erfolgt. Klinisch habe sich eine mit Wundkleber versorgte reizlose Rissquetschwunde hochparietal mittig, sowie ein paravertebraler Muskelhartspann der HWS ohne neurologische Defizite gezeigt. Im anschliessend durchgeführten Angio-CT-Schädel/HWS habe es keine Hinweise auf intrakranielle Blutungen, Schädel/HWS-Frakturen oder Halsgefässdissektionen gegeben, sodass die aktuellen Beschwerden im Rahmen eines postkommotionellen Syndroms interpretiert werden könnten bei am Folgetag bereits wieder aufgenommenen Arbeit. Nebenbefundlich imponiere im CT eine grosse Struma multinodosa mit Rechtsverschiebung der Trachea. Gemäss dem Beschwerdeführer sei diese vor zehn Jahren abgeklärt und als nicht therapiebedürftig erachtet worden. Beschwerden habe er nie gehabt, keine Dyspnoe, keine Schluckstörungen, keine heisere Stimme. Zur Abklärung eines akuten Therapiebedarfs seien TSH, fT3, und fT4 bestimmt worden, welche allesamt normwertig ausgefallen seien. Der Beschwerdeführer habe danach wieder nach Hause austreten können. 4.3 Am 22. Oktober 2019 wurden eine MRT der Halswirbelsäule sowie eine MRT und eine MRA des Neurokraniums durchgeführt. Dr. med. N.____, FMH Radiologie, berichtete von einem unauffälligen Kraniumbefund ohne Hinweis auf signifikant posttraumatische Veränderungen. Es bestehe keine intrazerebrale Blutung und keine Parenchymläsion; Aktivierte Arthrose des Facettengelenkes C4/5 links; Flachbogig kyphotische Fehllhaltung der HWS mit angedeuteter Ventrolisthesis HWK 4/5, Grad I nach Modic; Segmental betonte Spondylchondrosen C4-6 mit kleinen Bandscheibenherniationen, die zu gemischt spondylogenen und diskogenen intraforaminalen Wurzelkompressionen geführt hätten. Neuroforaminale Enge mit Bedrängung der C6-Wurzel linksseitig in C5/6. Kleine intraforaminale Bandscheibenextrusion C6/7 mit Kompression der Wurzel C7 rechts; Massive Struma nodosa linksbetont (Suva-Nr. 34). 4.4 Dr. med. O.____, Chefarzt, Kompetenzzentrum Wirbelsäulen Chirurgie, Spital G.____, stellte in seinem Sprechstundenbericht vom 30. November 2019 (Suva-Nr. 28) die Diagnose eines HWS-Beschleunigungstraumas ohne Verletzungsanzeichen bei jedoch mehrsegmentaler Degeneration der Halswirbelsäule. Der Patient beklage Nackenschmerzen und auch Kopfschmerzen seit einem Unfallereignis, vorher habe er offenbar nie Beschwerden gehabt und beklage diese Beschwerden jetzt im Zusammenhang mit diesem Unfallereignis. Die Schmerzen seien im Occiputbereich gelegen und strahlten gelegentlich nach kranial aus. Gleichzeitig manchmal auch eine Ausstrahlung über die rechte Schulter in den Arm. Er beschreibe ausserdem ein Kribbeln im Bereich beider kleiner Finger, hier seien beide Seiten gleichmässig betroffen. Eine Dysästhesie der gesamten rechten Hand werde ebenfalls gelegentlich beschrieben. Ausserdem beschreibe der Patient, dass er beim Laufen gelegentlich stolpere, er bringe dies ebenfalls in Zusammenhang mit der Halswirbelsäule bzw. Kopfproblematik. In der Befunderhebung wird festgehalten, heute erscheine der Patient in eingeschränkter Inklination, der Finger-Boden-Abstand betrage etwa 20 cm. Hierbei habe er leichte Schmerzen. Diskrete Schmerzen auch bei der Aufrichtung. Die differenzierten Gang- und Standarten seien problemlos vorführbar und die periphere Sensomotorik sei heute beidseits seitengleich intakt. Auch die Kraftentfaltung und die Sensibilität im Bereich der oberen Extremitäten seien seitengleich intakt. Die Rotation sei zu beiden Seiten leicht eingeschränkt, Reklination im HWS-Bereich ebenfalls eingeschränkt bei intakter Inklination. Die vorliegenden MRT-Aufnahmen der Halswirbelsäule hätten die mehrsegmentale Degeneration mit leichten Chondrosen sowie

auch Spondylarthrosen gezeigt, ebenfalls rechtsbetonte Diskusprotrusion C5/6 und C6/7. Eine hochgradige Neurokompression lasse sich jedoch nicht nachweisen. 4.5 Mit Überweisungsschreiben vom 5. November 2019 veranlasste der Hausarzt Dr. med. D.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, eine neurologische Untersuchung (Suva-Nr. 32). Diese fand am 19. Dezember 2019 in der Praxis P.____ statt. Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 20. Dezember 2019 (Suva-Nr. 41) die Diagnose eines intermittierenden zervikozephalen Schmerzsyndroms rechtsbetont. Beim Patienten habe sich vor mehr als drei Monaten eine Kontusion des Kopfes zugetragen, es bestünden keine Hinweise für eine Commotio cerebri. Die Beschwerden seien mittlerweile nur mehr intermittierend vorhanden, die Arbeitsfähigkeit betrage weiterhin offenbar nur 50 %. Etwas ungünstig im posttraumatischen Verlauf sei vielleicht der Umstand gewesen, dass er am Tag nach dem Unfall 12 Stunden arbeiten gegangen sei und dann nach einer Woche Pausieren die Arbeit wieder aufgenommen habe mit einem Pensum von angeblich zunächst 70 bis 80 %, erst später habe er dann auf 50 % reduziert. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung sei an sich normal, die angedeutete dissoziierte Sensibilitätsstörung finde in den MRI-Untersuchungen des Kopfes und der HWS keine Ursache. Für die im MRI beschriebenen möglichen Wurzelkompressionen C6 links und C7 rechts ergäben sich aktuell keine klinisch-neurologischen Korrelate. Dementsprechend fänden sich aktuell aus neurologischer Sicht keine klaren posttraumatischen Läsionen im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems. Von daher sei die Arbeitsfähigkeit des Patienten aus neurologischer Sicht aktuell nicht eingeschränkt. Bei Persistenz der Symptomatik werde eine rheumatologische oder kreisärztliche Untersuchung empfohlen. Es seien zunächst keine weiteren Kontrollen geplant. 4.6 Dr. med. D.____ hielt in seinem Überweisungsschreiben an das Rehabilitations- und Rheumazentrum des Spitals G.____ vom 7. Januar 2020 (Suva-Nr. 40) fest, es bestehe eine komplexe Vorgeschichte mit jedoch persistierenden Beschwerden seit dem Unfall. Physiotherapie und Medikamente hätten nur teilweise geholfen. Es persistiere ein lokales Schmerzsyndrom im Nackenbereich vor allem bei Reklination und Rechtsrotation sowie ein Taubheitsgefühl Kleinfinger bds. Es sei initial eine Beurteilung durch den Wirbelsäulendienst sowie auch kürzlich durch die Neurologie erfolgt. Aufgrund der lokalen Beschwerden vor allem mit Bewegungseinschränkung der HWS und des Kopfes bestehe auch eine persistierende Einschränkung der Belastbarkeit / Arbeitsfähigkeit. 4.7 Dr. med. F.____, Leitender Arzt Rheumatologie, Spital G.____, führte in seinem Wirbelsäulensprechstundenbericht vom 21. Februar 2020 (Suva-Nr. 61) aus, im Rahmen der aktuellen Untersuchung könnten die nuchalen Schmerzen durch Bewegung problemlos reproduziert werden, wobei vor allem die Kopfrotation nach rechts stark eingeschränkt sei. Es imponiere eine umschriebene Druckdolenz mit parietaler Schmerzausstrahlung im Bereich der Linea nuchae superior als Ansatzregion des hypertonen M. sternocleidomastoideus und M. trapezius rechts. Der Beschwerdeführer gebe eine leichte Hypästhesie für Berührung im Bereich der Dig. V beider Finger und im Bereich der gesamten rechten unteren Extremität an. Radikuläre motorische Defizite fänden sich nicht. In Zusammenschau mit der MRT-Untersuchung der HWS und des Neurokraniums vom 22. Oktober 2019 sei formal von einem subakuten, deutlich rechtsbetonten zervikozephalen Syndrom mit myotendinotischer Komponente auszugehen, wobei aus rheumatologischer Sicht eine Detonisierung der Nackenmuskulatur, welche auch die Gefühlsstörungen im Bereich der Kleinfinger im Sinne eines Thoracic outlet-Syndroms erklären könnten, im Vordergrund stehe. Inwiefern durch die Schädelkontusion zerebrale Mikroläsionen unterhalb der MR-Nachweisschwelle aufgetreten seien und z.B. für die

Koordinationsstörungen des rechten Beines verantwortlich seien, könne nur spekuliert werden. Es sei ein schmerzdistanzierender, schlafanstossender Therapieversuch mit Surmontil-Tropfen zur Nacht in Kombination mit einer myorelaxierenden Medikation mit Sirdalud verordnet worden, was zu einer besseren Schlafqualität geführt habe, so dass der Beschwerdeführer nun durchschlafen könne. Im Übrigen sei dem Beschwerdeführer zur fixen Einnahme von Vimovo geraten und die physiotherapeutische Instruktion von detonisierenden und kräftigenden Übungen der HWS-Muskulatur unter Berücksichtigung der Schmerzschwelle empfohlen worden, nachdem er bislang ein selbstständiges Training an Geräten zu Hause durchgeführt habe. Aus rheumatologischer Sicht sei die aktuelle angestammte Tätigkeit mit 50 % zeitlicher Anwesenheit und 25 % Leistung zumutbar.

4.8 In seinem Bericht vom 9. März 2020 (Suva-Nr. 63) führte Dr. med. F.____ aus, seit der letzten Konsultation am 14. Februar 2020 habe sich die HWS-Mobilität subjektiv leicht verbessert, wobei aber bei brusken Bewegungen z.B. Husten und vor allem auch Extensions- und Rotationsbewegungen nach rechts weiterhin punktförmige Schmerzen hoch nuchal rechts mit parietaler Ausstrahlung aufträten. Mittels regelmässiger Einnahme von Sirdalud 4 mg und Surmontil 5 Tropfen zur Nacht habe sich die Schlafqualität spürbar verbessert, so dass der Beschwerdeführer normalerweise durchschlafen könne. Andererseits habe die regelmässige Einnahme von Vimovo zwei Mal am Tag keine wesentliche Beschwerdereduktion bewirkt. Klinisch imponiere aktuell eine HWS-Mobilität von Rotation 60° links, 40° rechts, Seitneigung 30° beidseits und Flexion/Extension mit 2/14 cm KSA. Der Beschwerdeführer habe zwischenzeitlich eine physiotherapeutische Behandlung im Institut Q.____ in [...] aufgenommen, wobei detonisierende und kräftigende Übungen der HWS-stabilisierenden Muskulatur instruiert werden sollten. Aus rheumatologischer Sicht sei die aktuell angestammte Tätigkeit mit 50 % zeitlicher Anwesenheit und 25 % Leistung zumutbar.

4.9 Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 19. März 2020 (Suva-Nr. 68) fest, in der neurologischen Untersuchung bei Dr. med. E.____ fänden sich keine objektivierbaren neurologischen Defizite. In der MRI-Untersuchung von Gehirnschädel und der HWS fänden sich keinerlei unfallbedingte strukturelle Läsionen des zentralen und peripheren Nervensystems. An der HWS seien aber multietagere degenerative Veränderungen mit auch kleineren Bandscheibenprotrusionen und möglicher Kompression der Wurzel C7 rechts nachgewiesen worden. Entsprechende objektivierbare klinische Symptome fänden sich aber weder in der Untersuchung beim Neurologen, Wirbelsäulenchirurgen, noch beim Rheumatologen. Die vom Versicherten beklagten, erst nach Wochen aufgetretenen Empfindungsstörungen in den Kleinfingern beider Hände seien allein schon aufgrund der Latenz bis zum Auftreten der Symptome mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht kausal zum Ereignis vom 7. September 2019. Aus unfallversicherungsmedizinischer Sicht habe der Versicherte eine Schädelkontusion und ein axiales Trauma der Wirbelsäule erlitten ohne nachweisbare, unfallbedingte, strukturelle Veränderungen an den knöchernen, ligamentären und neuralen Strukturen bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule. Eine Schädelkontusion ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen im MRI gelte nach spätestens drei Monaten als abgeheilt. Im Bereich der HWS sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines unfallfremd vorbestehenden degenerativen Zustandes auszugehen. Eine solche Verschlimmerung gelte nach sechs bis neun Monaten als beendet und der Status quo sine als erreicht. Nach dieser Zeit seien die vom Patienten beklagten Beschwerden nicht mehr mit dem Ereignis erklärbar, sondern überwiegend wahrscheinlich auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen zurückzuführen.

Aktuell könne die Zumutbarkeit wie folgt definiert werden: Zumutbar seien mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, vorzugsweise wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen für die HWS, insbesondere nicht in Reklination mit andauerndem Blick nach oben. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei prinzipiell eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. 4.10 In seinem Bericht vom 20. April 2020 (Suva-Nr. 78) bestätigte Dr. med. F. ___ seine bisherige Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht die aktuell angestammte Tätigkeit bei 50 % zeitlicher Anwesenheit und 25 % Leistung zumutbar sei. Zudem sei am 8. April 2020 eine Mischinfiltration (KenacortA40/Bupivacain) am hauptsächlichen Schmerzpunkt nochmal rechts durchgeführt worden, was gemäss telefonischer Rückmeldung am 20. April 2020 nur zu einer dumpferen Schmerzqualität, aber nicht zur Schmerzaufnahme geführt habe. 4.11 Am 19. Juni 2020 erfolgte im Auftrag von Dr. med. F. ___ eine SPECT-CT Untersuchung der Halswirbelsäule. In seinem Bericht vom 28. Juli 2020 (Suva-Nr. 118) führte der Rheumatologe aus, seit der letzten Konsultation am 20. April 2020 habe sich an den vorwiegend bewegungsabhängigen Schmerzen betont hochzervikal rechts mit eingeschränkter HWS-Motilität keine Verbesserung ergeben. Auch die ambulanten physiotherapeutischen Behandlungen hätten keine anhaltende Verbesserung der Situation bewirkt. Der Rotationsumfang der HWS sei in Flexion deutlich besser als in Extension, was anatomisch für eine Schmerzentstehung in den unteren HWS-Segmenten spreche, entgegen der hochzervikalen Schmerzlokalisation. Der Beschwerdeführer beschreibe weiterhin eine Störung des Temperatursinns und leichte Koordinationsstörungen der rechten unteren Extremität, was sich z.B. beim Gehen auf unebenem Grund auswirke. Die SPECT-CT-Untersuchung habe nur eine leichte Mehrbelegung des Facettengelenks HWK4/5 links und des Unkovertebralgelenks HWK5/6 links gezeigt. Es bestehe formal ein Zervikalsyndrom mit Chronifizierungstendenz, wobei zentralisierte Schmerzanteile sehr wahrscheinlich seien. Der Beschwerdeführer werde im Hinblick auf die Koordinations- und Gefühlsstörungen im Bereich der rechten unteren Extremität zu einer neurologischen Second-Opinion angemeldet. 4.12 Im Einspracheverfahren liess der Beschwerdeführer folgende Unterlagen einreichen: 4.12.1 Dr. med. R. ___, Leitender Arzt Neurologie, Spital G. ___, führte in seinem Bericht vom 9. Oktober 2020 (Suva-Nr. 128, S. 5 ff.) aus, klinisch imponierten vorwiegend die nuchale Druckdolenz sowie die eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Die Sensibilitätsstörungen der linken Körperseite seien in ihrer fleckförmigen Verteilung nicht einer anatomischen Struktur zuordenbar und eine klare Ataxie der rechten unteren Extremität finde sich ebenso wenig wie pyramidale oder radikuläre Zeichen. Ob schon eine weitere Untersuchung – etwa mittels somatosensibel evozierter Potenziale des N. ulnaris – der Sensibilitätsstörung möglich wäre, verspreche sich Dr. med. R. ___ davon angesichts der klinischen und radiologischen Befunde ohne Anhaltspunkte für eine strukturelle Schädigung des Nervensystems wenig Nutzen und es sei von weiteren neurologischen Abklärungen abzusehen. Bezüglich der Frage von Dr. med. F. ___ nach möglichen postkommotionellen Beschwerden lägen solche zumindest initial vor. Angesichts des klaren zeitlichen Zusammenhanges des gesamten Beschwerdekomples mit dem Unfall erscheine auch ohne Nachweis einer strukturellen Unfallfolge ein Kausalzusammenhang sehr plausibel. 4.12.2 Die Taggeldversicherung des Beschwerdeführers veranlasste bei Dr. med. J. ___, Facharzt für Rheumatologie FMH, ein rheumatologisches Gutachten. Dr. med. J. ___ stellte in seinem Gutachten vom 11. Oktober 2020 (Suva-Nr. 131, S. 2 ff.) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Zervikovertebral- und Zervikozephalosyndrom nach axialem

Stauchungstraumen am 7. September 2019 (ICD-10 M54.01 und M54.03). In der Diagnoseherleitung wurde aufgeführt, die jetzt zu beobachtende muskulo-skelettale Störung und Dysbalance seien durch das axiale Stauchungstrauma entstanden. Die Auslenkung der HWS im zervikothorakalen Übergang nach rechts zum Abfedern des axialen Stauchungstraumas durch den Schlag auf den Kopf in genau der jetzt zu beobachtenden fixierten Körperhaltung (nach links geneigter Hals, Schulter in Protraktion, BWS/WS in Rechtsrotation) habe zu einer reflektorischen Spannung der ipsilateralen, auf der konvexen Seite der Wirbelsäulenkrümmung liegenden Muskulatur geführt und zu einer tetanischen Verriegelung in dieser Position. Durch diesen muskulären „Schutzpanzer“ werde in der Traumasituation eine (weitere) Verletzung der Wirbelsäule verhindert. Solche quasi „eingefrorenen“ Innervationsmuster fänden sich häufig nach Traumatisierungen, bei denen der Bewegungsapparat durch Muskelgegenspannung die kinetische Energie des Traumas abfangen müsse. Die Beckenverwringung mit Ilium anterior rechts führe zu einer funktionellen Beinlängendifferenz mit gegenüber zuvor funktionell zu kurzem rechten Bein. Solche diskreten funktionellen Beinlängendifferenzen kämen häufig vor und stellten im Allgemeinen oft kein Problem dar. Träten sie jedoch neu auf, könne die durch lebenslangen Gebrauch normierte Propriozeption für die Beinlänge irritiert sein und es könnten Gangunsicherheit und Stolperneigung auftreten wie bei diesem Versicherten. Eine Beckenverwringung sei dann häufig Folge einer absteigenden Kettenstörung und stehe auch bei diesem Versicherten wahrscheinlich im Zusammenhang mit der weiter kranial gelegenen vertebralen Dysfunktion. Die degenerativen Veränderungen in der HWS seien allenfalls diskret und erklärten die Befunde bei dem Exploranden nicht, oben genannte muskulo-skelettale Analyse anhand der klinischen Befunde jedoch sehr gut. Auch im MRT finde sich die Strecksteilung der HWS aufgrund des Muskelhartspanns und die Achsabweichung nach links um 5 Grad (naturgemäss weniger ausgeprägt als in der axialen Position). Auch der Rheumatologe Dr. med. F.____ finde eine Pathologie im Bereich der unteren Halswirbelsäule bei Rotations-Störung nach rechts in HWS-Extension. Nicht erklärlich sei die Einschätzung des Neurologen Dr. med. S.____ (recte: E.____), der in seinem Fachgebiet keine Einschränkung sehe. Zwar bestehe keine unmittelbare strukturelle Nervenläsion, jedoch seien die funktionellen Störungen der Muskelspannung, des Gleichgewichts und des Ganges zumindest überschneidend in seinem Fachgebiet zu sehen. Die Einschätzung des SUVA-Arzt nach Aktenlage könne vom Referenten überhaupt nicht geteilt werden. Auch funktionelle Unfallfolgen könnten über den normierten postulierten Heilungszeitraum von sechs bis neun Monaten andauern. Es bestünden keine Aufzeichnungen / Vorbefunde muskulo-skelettal aus der Zeit vor dem Unfall. Allerdings sei der Patient hier beschwerdefrei und nie aktenkundig mit diesbezüglichen medizinischen Problemen gewesen. In der angestammten Tätigkeit sei der Versicherte noch zu 50 % arbeitsfähig. Die angestammte Tätigkeit sei soweit möglich angepasst mit Wechselbelastungen. Die Leistungsfähigkeit sei abhängig von der Dauer der Belastung und reiche von initial 100 % bis im Verlauf 25 %. Die zeitliche Belastbarkeit schwanke zwischen 4 – 6 Stunden täglich. Als Richtwert könne eine halbtägige Arbeitsfähigkeit mit voller Leistungsfähigkeit gelten, d.h. 50 % Gesamtarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit.

4.12.3 Gemäss Sprechstundenbericht von Dr. med. T.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 3. November 2020 (Suva-Nr. 128, S. 8 ff.) habe die Röntgenuntersuchung eine geringe Chondrose der Segmente C, degenerative Zeichen auf Unc-/ Spondylarthrose der Segmente C bei einer ansonsten unauffälligen Befundlage ergeben. Es seien neben den auffälligen Untersuchungsbefunden weitere Therapiemöglichkeiten besprochen worden.

Gemäss dem Orthopäden werde eine weiterführende Abklärung im Sinne einer weiteren fachärztlichen oder weiterführenden radiologischen Diagnostik aktuell als nicht erforderlich gehalten. 4.13 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reicht der Beschwerdeführer die Stellungnahme des RAD vom 22. Februar 2021 zu den Akten (Urkunde Nr. 4 des Beschwerdeführers). RAD-Arzt Dr. med. U.____, Facharzt Anästhesiologie FMH, hielt in seiner Stellungnahme fest, es könne auf das sehr ausführliche und nachvollziehbare rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Taggeldversicherung abgestellt werden, wonach seit dem 16. September 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. F.____ habe im Bericht vom 28. Juli 2020 ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit dem Unfallereignis attestiert. 5. Es stellt sich die Frage, ob in Bezug auf die durch den Unfall vom 7. September 2019 verursachten Beschwerden der Zeitpunkt für den Fallabschluss am 30. Juni 2020 erreicht war. 5.1 Die Beschwerdegegnerin gelangte in ihrer Verfügung vom 8. Mai 2020 und ihrem Einspracheentscheid vom 25. Mai 2021 zum Ergebnis, im vorliegenden Fall liessen sich keine objektivierbaren Schäden im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 7. September 2019 belegen. Dabei stützte sie sich auf die bildgebenden Abklärungen in den Akten sowie den kreisärztlichen Aktenbericht von Dr. med. H.____ vom 19. März 2020. Wie die Beschwerdegegnerin und der Kreisarzt zutreffend festhalten, ergaben die CT-Untersuchungen des Schädels und der Halswirbelsäule vom 8. September 2019 (E. II. 4.2.1 hiervor; Suva-Nr. 19) sowie die CT Angiographie Hals Schädel vom 9. September 2019 (E. II. 4.2.2 hiervor; Suva-Nr. 18) im Spital G.____ keine Hinweise auf traumatische Läsionen. In den Untersuchungen zeigten sich aber leichte degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule. In der am 22. Oktober 2019 durchgeführten MRT der Halswirbelsäule sowie der MRA des Schädels fanden sich ebenfalls keine unfallbedingten strukturellen Läsionen des zentralen und peripheren Nervensystems, jedoch wurden an der Halswirbelsäule mehrsegmentale Degenerationen mit auch kleineren Bandscheibenprotrusionen und Kompression der Wurzel C7 rechts nachgewiesen. In der Folge fanden verschiedene spezialärztliche Untersuchungen statt. Dr. med. O.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 30. November 2019 (E. II. 4.4 hiervor, Suva-Nr. 28) ein HWS-Beschleunigungstrauma ohne Verletzungsanzeichen bei jedoch mehrsegmentaler Degeneration der Halswirbelsäule. Er führte aus, die vorliegenden MRT-Aufnahmen der Halswirbelsäule hätten die mehrsegmentale Degeneration mit leichten Chondrosen sowie auch Spondylarthrosen gezeigt, ebenfalls eine rechtsbetonte Diskusprotrusion C5/6 und C6/7. Eine hochgradige Neurokompression liess sich gemäss dem Wirbelsäulenchirurgen jedoch nicht nachweisen. Der Neurologe Dr. med. E.____ konnte in seinem Bericht 20. Dezember 2019 (E. II. 4.5 hiervor; Suva-Nr. 41) ebenfalls keine klaren posttraumatischen Läsionen im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems feststellen. Er hielt konkret fest, dass die klinisch-neurologische Untersuchung an sich normal gewesen sei und die angedeutete dissoziierte Sensibilitätsstörung in den MRI-Untersuchungen des Kopfes und der HWS keine Ursache finde. Für die im MRI beschriebenen möglichen Wurzelkompressionen C6 links und C7 rechts ergäben sich aktuell keine klinisch-neurologischen Korrelate. Des Weiteren folgten rheumatologische Untersuchungen bei Dr. med. F.____, welcher ein subakutes zervikozephalales Syndrom rechtsbetont diagnostizierte (E. II. 4.7 hiervor; Suva-Nr. 61). Der Rheumatologe führte aus, in Zusammenschau mit der MRT-Untersuchung der HWS und des Neurokraniums vom 22. Oktober 2019 sei formal von einem subakuten, deutlich rechtsbetonten zervikozephalalen Syndrom mit myotendinotischer Komponente auszugehen, wobei aus rheumatologischer

Sicht eine Detonisierung der Nackenmuskulatur, welche auch die Gefühlsstörungen im Bereich der Kleinfinger im Sinne eines Thoracic outlet-Syndroms erklären könnten, im Vordergrund stehe. Inwiefern durch die Schädelkontusion zerebrale Mikroläsionen unterhalb der MR-Nachweisschwelle aufgetreten seien und z.B. für die Koordinationsstörungen des rechten Beines verantwortlich seien, könne nur spekuliert werden. Dementsprechend konnte auch der Rheumatologe keine objektivierbaren Schäden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. September 2019 feststellen. Er führte auf der Suche nach einer Erklärung weitere Abklärungen durch und holte im Hinblick auf die Koordinations- und Gefühlsstörungen im Bereich der rechten unteren Extremität eine neurologische Second-Opinion ein. Die von ihm initiierte Spect-CT-Untersuchung (E. II. 4.11 hiervor; Suva-Nr. 118) ergab aber nur eine leichte Mehrbelegung des Facettengelenks HWK4/5 links und des Unkovertebralgelenks HWK5/6. Die neurologische Zweitmeinung, durchgeführt von Dr. med. R.____ am 9. Oktober 2020 (E. II. 4.12.1 hiervor; Suva-Nr. 128, S. 5 ff.), ergab ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine strukturelle Schädigung des Nervensystems. Konkret führte der Neurologe aus, obschon eine weitere Untersuchung der Sensibilitätsstörung möglich wäre, werde sich davon angesichts der klinischen und radiologischen Befunde ohne Anhaltspunkte für eine strukturelle Schädigung des Nervensystems wenig Nutzen versprochen, weshalb von weiteren neurologischen Abklärungen abzusehen sei. Bezüglich der Frage von Dr. med. F.____ nach möglichen postkommotionellen Beschwerden (vgl. Suva-Nr. 118, S. 2), lägen solche gemäss Dr. med. R.____ zumindest initial vor. Angesichts des klaren zeitlichen Zusammenhanges des gesamten Beschwerdekomples mit dem Unfall erscheine auch ohne Nachweis einer strukturellen Unfallfolge ein Kausalzusammenhang sehr plausibel. Diese Formulierung genügt aber nicht, um auf eine überwiegende Wahrscheinlichkeit zu schliessen.

5.2 Die beim Beschwerdeführer durchgeführten bildgebenden Untersuchungen der Wirbelsäule und des Schädels ergaben somit keine strukturellen Läsionen, welche auf den Unfall vom 7. September 2019 zurückgeführt werden konnten, sondern ausschliesslich degenerative, also nicht unfallbedingte Veränderungen. Auch eine von der zu erwartenden Progression abweichende richtungsgebende Verschlimmerung des krankheitsbedingten Vorzustands ist nirgends belegt. Die rechtsbetonte Diskusprotrusion C5/6 und C6/7 ist ebenfalls überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 7. September 2019 zurückzuführen, sondern Ausdruck der voranschreitenden degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, da Diskusprotrusionen nach medizinischer Lehrmeinung in der Regel Folge eines degenerativen Prozesses sind. Degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule können nur ganz ausnahmsweise als im eigentlichen Sinne unfallbedingt angesehen werden. Eine unfallbedingte Veränderung muss organisch objektiv ausgewiesen sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2011 vom 14. September 2011 E. 3.3 mit Hinweisen). Hier ist zu beachten, das im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises auch medizinische Erfahrungssätze berücksichtigt werden dürfen, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.2.3, unter Hinweis auf BGE 126 V 183 E. 4c S. 189 f.). In diesem Sinne ist bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule – wie es hier der Fall ist – in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr davon auszugehen, die durch den Unfall verursachte Verschlimmerung des Vorzustandes habe sich auf jenen Zustand zurückgebildet, der sich auf Grund des schicksalsmässigen Verlaufs des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingestellt hätte (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2011 vom 14. September 2011 E. 3.3

mit Hinweisen). Dr. med. H.____ geht davon aus, dass eine Schädelkontusion ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen im MRI nach spätestens drei Monaten als abgeheilt gelte. Im Bereich der Halswirbelsäule sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines unfallfremd vorbestehenden degenerativen Zustandes auszugehen. Eine solche Verschlimmerung gelte nach sechs bis neun Monaten als beendet und der Status quo sine als erreicht. Nach dieser Zeit seien die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden nicht mehr mit dem Ereignis erklärbar, sondern überwiegend wahrscheinlich auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen zurückzuführen (Suva-Nr. 69, S. 6). Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin erfolgte per 30. Juni 2020 und somit neun Monate nach dem Unfallereignis. Dies lässt sich unter Berücksichtigung allein der organisch nachweisbaren Unfallfolgen nicht beanstanden. 5.3 In den Akten findet sich nichts, was einen anderen Schluss gebieten würde. Die im Rahmen des Einspracheverfahrens eingereichten Berichte von Dr. med. R.____ vom 9. Oktober 2020 und Dr. med. T.____ vom 3. November 2020 sowie das Gutachten von Dr. med. J.____ vom 11. Oktober 2020 vermögen keine auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. H.____ hervorzurufen. Wie oben bereits dargelegt (vgl. E. II. 5.1 hiavor), konnte Dr. med. R.____ keine Anhaltspunkte für eine strukturelle Schädigung des Nervensystems feststellen. Wenn der Neurologe aufgrund der zeitlichen Nähe des Auftretens der Beschwerden zum Unfall einen Kausalzusammenhang auch ohne Nachweis einer strukturellen Unfallfolge als sehr plausibel erachtet, kann dem nicht gefolgt werden. Auch der Orthopäde Dr. med. T.____ konnte in seinem Bericht vom 3. November 2020 (E. II. 4.12.3 hiavor; Suva-Nr. 128, S. 8 ff.) keine objektivierbaren Schäden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. September 2019 feststellen. Dr. med. J.____ beschreibt in seinem Gutachten vom 11. Oktober 2020 (E. II. 4.12.2 hiavor; Suva-Nr. 131, S. 2 ff.) eine muskulo-skelettale Störung im Segment zwischen dem siebten Halswirbel- und dem ersten Brustwirbelkörper. Diese muskulo-skelettale Störung und die Dysbalance seien nach Auffassung des Gutachters durch das axiale Stauchungstrauma entstanden. Die degenerativen Veränderungen in der HWS seien allenfalls diskret und erklärten die Befunde beim Beschwerdeführer nicht, die muskulo-skelettale Analyse anhand der klinischen Befunde jedoch sehr gut. Auch im MRT finde sich die Strecksteilung der HWS aufgrund des Muskelhartspanns und die Achsabweichung nach links um 5 Grad (Suva-Nr. 131, S. 14 f.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (A.S. 23) handelt es sich bei einer muskulo-skelettalen Störung nicht um einen objektivierbaren strukturellen Schaden. Dr. med. J.____ bestätigte (wie gesagt) denn auch selbst, dass die degenerativen Veränderungen in der HWS die Befunde beim Beschwerdeführer nicht erklärten, die muskulo-skelettale Analyse anhand der klinischen Befunde jedoch sehr gut. Was die gemäss dem Gutachter sichtbare Achsabweichung nach links um 5 Grad anbelangt, ist mit der Beschwerdegegnerin (A.S. 37) festzuhalten, dass sich diese im MRT-Bericht vom 22. Oktober 2019 (Suva-Nr. 34) fachärztlich nicht objektivieren lässt. Schliesslich kann der Beschwerdeführer aus dem RAD-Bericht vom 22. Februar 2021 (Urkunde Nr.

E. 4

des Beschwerdeführers) nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal auch der RAD-Arzt in seinem Bericht keine objektivierbaren Schäden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. September 2019 nennt.

5.4 Zusammenfassend fehlt es an nachweisbaren strukturellen Läsionen, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine

unfallkausalen somatischen Beschwerden mehr vorlagen. Angesichts der Vielzahl von medizinischen Stellungnahmen, deren Ergebnisse miteinander vereinbar sind, kann auch nicht gesagt werden, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend geklärt und von einer Begutachtung seien weiterführende, bisher nicht bekannte Ergebnisse zu erwarten. Auf die vom Beschwerdeführer verlangte Begutachtung ist daher zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 141 V 60 E. 3.3 S. 64 mit Hinweisen). Auch der beantragte Beizug der IV-Akten erübrigt sich, da davon angesichts der Befundlage ebenfalls keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die weiteren vom Beschwerdeführer nach dem Unfall geklagten Beschwerden wie Schwindel, Gangunsicherheit und Verschwommensehen (vgl. Suva-Nr. 43) Symptome sind, welche zwar häufig nach einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule auftreten können. Den medizinischen Akten ist aber nicht zu entnehmen, dass diese weiterhin persistieren oder diesbezüglich medizinische Therapiemassnahmen vorgeschlagen wurden. Der Fallabschluss per 30. Juni 2020 lässt sich somit auch in diesem Zusammenhang nicht beanstanden.

6. Da vorliegend der Fallabschluss per 30. Juni 2020 grundsätzlich zu Recht erfolgt ist, ist somit die Adäquanzprüfung vorzunehmen (vgl. BGE 134 V 109 E. 4).

6.1 Bezüglich der Adäquanz ist vorweg zu prüfen, ob im vorliegenden Fall die Schleudertrauma-Praxis massgebend ist, nachdem in den medizinischen Akten mehrfach die Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule zu entnehmen ist und das Auftreten von Beschwerden wie Nackenschmerzen, Gangunsicherheit und verschwommene Sicht innert 72 Stunden nach dem Unfall belegt ist. Das Vorliegen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung muss durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein, damit die auf solche Verletzungen zugeschnittene Rechtsprechung zur Anwendung kommen kann. Zwar wird nicht vorausgesetzt, dass sämtliche der zum sogenannten typischen Beschwerdebild dieser Verletzung gehörenden Symptome innert der massgeblichen Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Ereignis aufgetreten sein müssen. Erforderlich ist aber, dass sich innert dieser Latenzzeit zumindest Kopfschmerzen oder Nackenbeschwerden manifestieren und sich im weiteren Verlauf das typische bunte Beschwerdebild entwickelt (Urteil des Bundesgerichts 8C_928/2008 vom 20. April 2009 E. 3.1; s.a. Rumo-Jungo / Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 60). Im angefochtenen Einspracheentscheid hat die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem fraglichen Ereignis und den Beschwerden nach der «Schleudertrauma-Praxis» geprüft. Ob dies zutreffend ist, erscheint fraglich, zumal übereinstimmend sämtliche behandelnden Spezialisten und auch der Kreisarzt Dr. med. H.____ davon ausgehen, dass mit der MRT-Untersuchung vom 22. Oktober 2019 objektivierbare unfallkausale Pathologien hätten ausgeschlossen werden können. Die vorliegenden Akten enthalten aber immerhin Hinweise darauf, dass sich das sogenannte typische Beschwerdebild (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 116 f.) entwickelt hatte (vgl. Suva-Nr. 43). Ob mit der Beschwerdegegnerin die Schleudertrauma-Praxis anzuwenden ist oder ob sich vorliegend die Anwendung der Psycho-Praxis rechtfertigt, muss nicht abschliessend beurteilt werden, da die Adäquanz auch nach der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertrauma-Praxis zu verneinen ist.

6.2 Nach der in BGE 117 V 359 und 117 V 369 begründeten Praxis ist bei einem diagnostizierten Schleudertrauma der Halswirbelsäule (d.h. einer sehr häufig im

Strassenverkehr verursachten Distorsion der Halswirbelsäule, medizinisch auch als kraniozervikales Beschleunigungstrauma bezeichnet) mit dem für diese Verletzung typischen Beschwerdebild (mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.) in der Regel davon auszugehen, dass zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 117 V 359 E. 4b S. 360). Demnach kann ein Unfall mit Schleudertrauma in der charakteristischen Erscheinungsform einer Häufung von typischen Beschwerden eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit verursachen, selbst wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind (E. 5d/aa S. 363 f.). Die Schleudertrauma-Praxis findet auch für Beschwerden nach einem dem Schleudertrauma «äquivalenten» Mechanismus und nach einem Schädel-Hirntrauma Anwendung, wenn und soweit sich die Folgen mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen (BGE 134 V 109 E. 6.2.2 S. 117).

6.3 Bei der Schleudertrauma-Praxis ist (analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen, s. BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140, aber anders als dort ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten, s. BGE 117 V 359 E. 5d/aa S. 364 und E. 6a S. 367) für die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Die Unfallschwere beurteilt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften, während die Unfallfolgen sowie Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können, ausser Acht bleiben (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 61). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wiederum zu bejahen. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten; es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126). Diese Kriterien lauten nach der präzisierten Rechtsprechung wie folgt:

Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 65). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einstuft ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (a.a.O., S. 64), während bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen die einfache Erfüllung eines der Kriterien ausreicht (a.a.O., S. 67). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f.).

6.4 Die Beschwerdegegnerin ist der Auffassung, es handle sich beim Unfall vom 7. September 2019 um einen mittelschweren Unfall im engeren Sinne. Der Beschwerdeführer geht davon aus, es handle sich vorliegend um ein schweres Unfallereignis, zumal sich eine Bewusstlosigkeit eingestellt habe.

6.4.1 Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint. Nicht massgebend sind Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zuzuordnen sind (André Nabold in: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 UVG N 67). Bezüglich des vorliegenden Unfallereignisses ist von folgendem Geschehensablauf auszugehen (vgl. Suva-Bericht vom 9. Dezember 2019, Suva-Nr. 36): Der Beschwerdeführer habe am 7. September 2019 seine Tochter in ihrem Geschäft besucht und habe einen Abfallsack entsorgen wollen. Er sei nach draussen gegangen und habe den Abfallsack in einen grossen Alu-Container (Abmessung ca. 1.50 m x 1.50 m x 1.00 m) hinlegen wollen. Er sei vor dem offenen Container gestanden, der verzinkte Metalldeckel sei offen gewesen, d.h. nach oben gerichtet. Er habe den Abfallsack in den Container gelegt, habe dabei den Oberkörper leicht nach vorn gebeugt, ebenso habe sich sein Kopf in einer leicht nach vorne gebeugten Position befunden. Unabsichtlich habe er den Container einige Zentimeter nach vorn geschoben, als sich offenbar der Deckel gelöst habe und mit voller Wucht auf die Oberseite seines Kopfes gefallen sei. Der Aufprall sei heftig gewesen, offenbar habe er im letzten Moment den rechten Arm nach oben gerissen, er habe Prellungen und Schürfungen im Bereich des rechten Ellbogengelenkes sowie eine Platzwunde am Kopf (ca. 10 cm oberhalb der Stirn) erlitten. Es habe kein Drittverschulden gegeben. Es sei zudem zu keiner Bewusstlosigkeit gekommen.

6.4.2 Der Unfall des Beschwerdeführers vom 7. September 2019 ist ■ gestützt auf die Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1 ■ beispielsweise mit folgenden Ereignissen zu vergleichen, die als leicht qualifiziert worden sind:

6.4.3 Dieses Ereignis lässt sich mit einzelnen der vorstehend erwähnten Unfälle, die als leicht qualifiziert wurden, vergleichen; dies umso mehr, als der Beschwerdeführer am nächsten Tag 12 Stunden arbeiten konnte (vgl. Suva-Nr. 41). Erst recht liegt kein schwerer Unfall vor, so wie es der Beschwerdeführer behauptet, zumal es bei ihm entgegen seinen Ausführungen in der Beschwerdeschrift (A.S. 25) zu keiner Bewusstlosigkeit gekommen ist. So hatte er in den Untersuchungen kurz nach dem Unfall mehrfach bestätigt, dass er, nachdem der Containerdeckel auf seinen Kopf gefallen ist, nicht bewusstlos geworden sei (vgl. Suva-Nrn. 33 und 43). Das Ereignis vom 7. September 2019 hat daher als leichter Unfall im Sinne der Rechtsprechung zu gelten. Dies führt zur Verneinung der Adäquanz des Kausalzusammenhangs.

6.5 Selbst wenn man entgegen dem Gesagten von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten ausgeht, ergibt sich kein anderes Resultat. Die Adäquanz wäre diesfalls zu bejahen, wenn vier der massgebenden Kriterien erfüllt sind (Nabold, a.a.O., Art. 6 N 70 mit Hinweisen). So verhält es sich hier nicht:

6.5.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles ist gemäss der bundesgerichtlichen Praxis objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 69). Im vorliegenden Fall

ergeben sich weder eine besondere Eindrücklichkeit noch besonders dramatische Begleitumstände.

6.5.2 Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist festzuhalten, dass die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86, E. 5.3, U 339/06; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, E. 5.2.3, U 380/04 mit Hinweisen). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86, E. 5.3, U 339/06; RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357, E. 4.3, U 193/01 mit Hinweisen). Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädel-Hirntrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2.). Dies wird hier aber auch von den behandelnden Ärzten nicht behauptet. Der Beschwerdeführer erlitt zwar eine Rissquetschwunde am Kopf (vgl. Suva-Nr. 33). Es ist aber darauf hinzuweisen, dass nach dem Unfall weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Amnesie auftraten (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_768/2008 vom 3. Juni 2009 E. 4.2.2).

6.5.3 Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist bei objektiver Betrachtung nicht erfüllt. So suchte der Beschwerdeführer zwar bis zum Einspracheentscheid vom 25. Mai 2021 verschiedene Ärzte auf. Dabei handelte es sich jedoch zu einem grossen Teil um Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen, was hier nicht zu berücksichtigen ist. Eine allfällige Kontusion dürfte längst ausgeheilt sein. Eine Operation ist nicht erfolgt. Die effektive Behandlung konzentrierte sich im Wesentlichen auf konservative Therapien (Medikamente und Physiotherapie), was nicht als ärztliche Behandlung im vorliegenden Sinn gilt (Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.1).

6.5.4 Die Erheblichkeit der Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128), wobei nur die dem Distorsionstrauma zuzurechnenden Beschwerden in Betracht fallen. Der Beschwerdeführer leidet zwar weiterhin unter Schmerzen im Bereich des Nackens (siehe subjektive Angaben des Beschwerdeführers im Gutachten von Dr. med. J.____ vom 11. Oktober 2020 [Suva-Nr. 131, S. 9]). Die üblicherweise mit einem Schleudertrauma verbundenen Beschwerden genügen indes nicht, ansonsten das Kriterium bei jeder solchen Verletzung bejaht werden müsste und keine Bedeutung als Differenzierungsmerkmal mehr hätte (Urteile des Bundesgerichts 8C_730/2011 vom 9. Dezember 2011 E. 6.2.2 und 8C_938/2011 vom 14. August 2012 E. 5.3.4). Im vorliegenden Fall übersteigen die unfallbedingten Schmerzen und die Beeinträchtigung nach Lage der Akten das bei derartigen Verletzungen Übliche nicht in einem solchen Masse, als dass von «erheblichen Beschwerden» gesprochen werden könnte. Auch zeigen sich in den Äusserungen des Beschwerdeführers gegenüber dem Gutachter Dr. med. J.____ bei der Erhebung der Anamnese vom 23. September 2020 keine entsprechenden erheblichen Beschwerden im normalen Tagesablauf (Suva-Nr. 131, S. 12).

6.5.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Es reicht nicht aus, dass sich eine medizinische Massnahme

nachträglich als nicht nutzbringend erweist, es müsste vielmehr ein gewisser Konsens über die Schädlichkeit einer bestimmten Therapiemethode bestehen (vgl. Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 72 + 76).

6.5.6 Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufes und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein. Aus der ärztlichen Behandlung und den Beschwerden kann aber noch nicht auf dieses Kriterium geschlossen werden. Auch wenn trotz regelmässiger Therapie keine (vollständige) Beschwerdefreiheit erreicht werden könnte, würde dies hierfür noch nicht genügen (vgl. Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 72 f. + 76). Es bedürfte vielmehr besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Hier sind keine derartigen Umstände ersichtlich; namentlich sind keine Komplikationen eingetreten. Das Kriterium ist somit zu verneinen.

6.5.7 Schliesslich ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen zu prüfen, das ebenfalls als nicht erfüllt zu betrachten ist. So ist der medizinische Endzustand aufgrund der beweiskräftigen Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. H. ___ erreicht und die noch geltend gemachten Schmerzen sind auf degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule zurückzuführen.

6.6 Somit ist keines der Adäquanzkriterien erfüllt. Ein rechtserheblicher Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. September 2019 und den beim Fallabschluss per 30. Juni 2020 noch geklagten Beschwerden entfällt deshalb. Ohne adäquaten Kausalzusammenhang besteht indes weder Anspruch auf eine Rente noch auf eine Integritätsentschädigung. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

E. 7

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

7.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Lazar

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.