

SO_GERICHTE VSBES.2021.108 vom 7. Dezember 2021

SO Obergericht, 2021-12-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.108_d20211207

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.108 du 7 décembre 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.108 del 7 dicembre 2021

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. Soweit der Beschwerdeführer beantragt, die Beschwerdegegnerin habe sämtliche Rechte und Gesetze vorsätzlich verletzt und die beteiligten Personen seien rechtlich von Amtes wegen zu verfolgen, ist darauf mangels Zuständigkeit des angerufenen Gerichts nicht weiter einzugehen. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 26. Mai 2021 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109). 1.3 Die revidierte Fassung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Diese ist somit im vorliegenden Fall bei dem zu beurteilenden Ereignis vom 24. November 2017 anwendbar.

E. 2

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). 2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine bloss

Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

2.5 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss 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 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (s. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.).

2.6 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren 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 deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, sodass die Adäquanz praktisch keine

Rolle spielt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen). 2.7 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger 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. 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 aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.1 und 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2, je mit Hinweisen).

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 des Bundesgesetzes 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 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 der 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_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1). 3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet

sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). 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).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. Mai 2021 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf die neurologische Beurteilung von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, Suva Versicherungsmedizin, vom 9. März 2021 (vgl. Suva-Nr. 242). Es sei gestützt auf diesen beweiswertigen Bericht davon auszugehen, dass spätestens sechs Monate nach dem Unfall vom 24. November 2017 die vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf den Unfall vom 24. November 2017 zurückzuführen seien. Zwischen diesen Beschwerden und dem Unfall vom 24. November 2017 bestehe kein natürlicher Kausalzusammenhang. Anzuführen bleibe, dass der Beschwerdeführer einerseits seit Anfang Januar 2020 wieder zu 100 % arbeitsfähig sei und gemäss seinen eigenen Angaben seither ganztags und mit voller Leistung arbeite. Mit Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit am 1. Januar 2020 sei der Taggeldanspruch des Beschwerdeführers erloschen. Andererseits sei gemäss den eigenen Angaben des Beschwerdeführers vom 15. Oktober 2020 im Jahr 2020 keine eigentliche medizinische Behandlung mehr durchgeführt worden und der Gesundheitszustand habe sich seither nicht mehr wesentlich verändert. Hinzu komme, dass Dr. med. C.____ in seinem Bericht vom 9. März 2021 aus neurologischer Sicht bereits ein halbes Jahr nach dem Unfall vom 24. November 2017 eine Abheilung der unfallkausalen Beschwerden postuliert habe. Vor diesem Hintergrund bestünden hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung unfallbedingt keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mehr erwartet werden könne. Damit sei auch die Heilbehandlung dahingefallen. Auch aus diesen Gründen habe die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 8. April 2021 zu Recht die Versicherungsleistungen per 30. April 2021 eingestellt.

4.2 Der Beschwerdeführer lässt in seiner Beschwerdeschrift vom 24. Juni 2021 (A.S. 14 f.) sinngemäss geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe sämtliche Rechte und Gesetze vorsätzlich verletzt. Die Beurteilungen der Suva-Ärzte Dres. med. D.____, E.____ und C.____ widersprüchen den medizinischen Beurteilungen der behandelnden Ärzte.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 26. Mai 2021 den Fall zu Recht per 30. April 2021 abgeschlossen und einen Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Versicherungsleistungen verneint hat. Zur Beurteilung des vorliegenden Streitgegenstandes sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

5.1 Dem Arzzeugnis UVG des erstbehandelnden Spitals F.____ vom 24. November 2017 (Suva-Nr. 8; 106) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer am Nachmittag als Velofahrer in einem Kreisel von einem Auto angefahren worden sei. Das Velo sei weggeschleudert worden. Er sei dabei auf die linke Schulter gefallen, den Kopf habe er nicht angeschlagen. Es bestehe kein Hinweis für eine Commotio. Es wurde die Diagnose einer «Supraspinatuszerrung links; traumatisches Cervicalsyndrom mit Blockierung nach links» gestellt. Die Frage, ob ausschliesslich Unfallfolgen vorlägen, wurde bejaht. Für die Zeit vom 24. November bis 29. November 2017 wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

5.2 Im Sprechstundenbericht des Spitals F.____ vom 18. Dezember 2017 (Suva-Nr. 28) wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

Weiter wurde dargelegt, beim Beschwerdeführer bestünden in Zusammenschau der klinischen und radiologischen Befunde eine Sacrum-Kontusion. Bei persistierenden Beschwerden würde ein Sitzring verschrieben. Bei härterem Stuhlgang könne ein Stuhlregulans mit Medikamenten eingenommen werden. Aktuell sei dies laut Beschwerdeführer nicht nötig. Bezüglich der persistierenden Kribbelparästhesien in den Fingerkuppen werde noch ein MRI zum Ausschluss einer cervikalen Myelopathie organisiert. Der Beschwerdeführer habe bereits einen MRI-Termin bezüglich der Schulter am 29. Dezember 2017. Es werde versucht, dies möglichst gleichzeitig zu organisieren.

5.3 Eine durch das Röntgeninstitut G.____ am 29. Dezember 2017 durchgeführte MRT Arthrographie des linken Schultergelenks (Suva-Nr. 35) zeigte bursaseitig eine kommunizierende Partialruptur der Supraspinatussehne ansatznah im anterioren Sehnenabschnitt, ohne transmurale Komponente. Weiter zeigten sich eine leicht ausgeprägte Bursitis subakromialis subdeltoidea bei Typ III Konfiguration des Akromions mit lateralem Downslope sowie eine Tendinose langen Bizepssehne im intraartikulären Verlauf.

5.4 Am 9. Januar 2018 fand eine weitere Sprechstunde im Spital F.____ statt. Dem hierzu ergangenen Bericht vom 10. Januar 2018 (Suva-Nr. 29) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Im MRI habe sich eine Tendinopathie bzw. eine Teilläsion der anterioren Supraspinatussehne gezeigt. Dies erkläre die Beschwerden des Beschwerdeführers mit dem Impingement sehr gut. Bei deutlichem Leidensdruck habe man sich zusammen mit dem Beschwerdeführer für eine subacromiale Infiltration entschieden. Diese habe problemlos durchgeführt werden können. Die Behandlung der Schulter sei vorerst abgeschlossen, der Beschwerdeführer könne sich bei Beschwerdepersistenz niederschwellig wieder im Spital F.____ vorstellen. Bezüglich der Hypästhesien werde in Anbetracht des MRI der HWS von einer Contusion spinalis ausgegangen. Im MRI hätten sich zudem deutliche degenerative Veränderungen im Bereich der ganzen HWS gezeigt. Zur weiteren Beurteilung sei der Beschwerdeführer den Kollegen der Wirbelsäulen-Chirurgie zugewiesen worden.

5.5 Dem Sprechstundenbericht der Dres. med. H.____, Leitender Arzt, und I.____, Chefarzt, Spital F.____, vom 26. Januar 2018 (Suva-Nr. 36) ist zu entnehmen, dass die frischen MRI-Aufnahmen der HWS mehrsegmentale degenerative Veränderungen mit punctum maximum der Höhe C5/6 und C6/7 zeigten. In der Höhe C6/7 zeige sich eine relative zentrale Spinalkanalstenose, eine eindeutige Myelopathie sei nicht nachweisbar. In den Ebenen C3/4 und C4/5 zeigten sich auch weniger ausgeprägte Spinalkanaleinengungen. Gemäss der Beurteilung der Ärzte habe das Myelom, durch die vorbestehenden Stenosen, beim Unfall auch einen Schlag bekommen, deswegen seien die Gefühlsstörungen in allen vier Extremitäten aufgetreten. Momentan sei die Symptomatik mit Physiotherapie rückläufig. Da die MRI-Bilder keine Myelopathie zeigten und die Verengungen auch relativ zu bezeichnen seien, werde momentan keine operative Versorgung empfohlen. Es sei dem Beschwerdeführer weiterhin sehr intensive Physiotherapie vorgeschlagen und hierfür die entsprechende Verordnung ausgehändigt worden. Es sei dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis Ende Februar attestiert worden.

5.6 Am 9. Juli 2018 fand im Rahmen des Verfahrens vor der Unfallversicherung eine kreisärztliche Untersuchung statt, durchgeführt durch Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie. Dem Bericht vom 13. Juli 2018 (Suva-Nr. 80) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Weiter führte Dr. med. D.____ aus, bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung stünden vor allem die neurologischen Beeinträchtigungen bei vermuteter Myelonkontusion im Vordergrund. Die Beschwerden seien zwar deutlich gebessert, es persistierten jedoch Sensibilitätsstörungen im Bereiche der Hände und Füsse. Schmerzmittel würden nur noch in Reserve bei Beschwerden eingenommen. Die Beweglichkeit der HWS sei eingeschränkt. Im Bereiche der linken Schulter sei die Beweglichkeit im Vergleich zur Gegenseite leicht vermindert bei Überkopfbewegungen. Zusätzlich werde über Beschwerden bei langem Sitzen im Bereiche des Os coccygis geklagt. Obwohl in der MRI-Untersuchung sich das Myelon ohne Hinweise für Kontusion darstelle, sei aufgrund der Anamnese und dem Beschwerdeverlauf von einer Myelonkontusion bei vorbestehender relativer Spinalkanalstenose aufgrund von degenerativen Wirbelsäulenveränderungen auszugehen. Der Verlauf sei insgesamt sehr erfreulich, so dass sich die anfangs bestandenen ausgedehnten Sensibilitätsstörungen wieder weitgehend zurückgebildet hätten. Die Befunde seien linksseitig etwas stärker akzentuiert als rechts. Eine neurologische Standortbestimmung habe aber offenbar bislang noch nicht stattgefunden. Aus kreisärztlicher Sicht wäre eine solche wünschenswert. Was die Kontusion der linken Schulter betreffe, so habe diese zu einem Impingement geführt. Im MRI stelle sich die Supraspinatussehne tendinopathisch dar. Eine Teilläsion sei ansatznah zu vermuten. Zusätzlich bestehe eine Typ II Konfiguration des Acromions, welche den subacromialen Raum einschränke und eine Impingementsymptomatik begünstige. Die Veränderungen im Bereiche der LWS und des Beckens zeigten keine unfallbedingten strukturellen Veränderungen, jedoch zum Teil ankylosierende Spondylosen. Diese Veränderungen seien klar unfallfremd. Somit sei in diesem Bereich von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines unfallfremden, vorbestehenden Zustandes auszugehen. Eine traumatische Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes in der Wirbelsäule sei in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens ab einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. Bei aktuell noch bestehender Beschwerdesymptomatik sei der Status quo sine in diesem Bereich wohl noch nicht erreicht. Aktuell könne die Zumutbarkeit wie folgt definiert

werden: Zumutbar seien mindestens leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten von maximal 5 kg, ausnahmsweise bis 10 kg, vorzugsweise wechselnd belastend ohne mehrstündiges Sitzen oder Stehen am Stück und mit der Möglichkeit zwischendurch umherzugehen. Nicht zumutbar seien belastete Überkopftätigkeiten mit dem linken Arm. Ebenso nicht zumutbar seien repetitive monotone Tätigkeiten mit Manipulieren von Gegenständen von mehr als 2,5 kg mit der rechten und linken Hand. Zumutbar seien hingegen feinmotorische Tätigkeiten mit der rechten Hand. Feinmotorische Tätigkeiten mit der linken Hand seien wohl aufgrund der noch bestehenden mittelgradigen Sensibilitätsstörungen nicht längere Zeit zumutbar. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei dem Beschwerdeführer prinzipiell eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz empfehle sich eine stufenweise Belastungssteigerung beginnend mit einer 50%igen Abwesenheit am Arbeitsplatz.

5.7 Auf Empfehlung des Kreisarztes Dr. med. D.____ veranlasste die Beschwerdegegnerin eine neurologische Untersuchung bei Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie. Seinem Bericht vom 23. August 2018 (Suva-Nr. 88) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

St. n. Velounfall am 24. November 2017

Weiter führte Dr. med. E.____ aus, die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung ergebe durchaus etwas diskrepante Befunde, die Kraft werde am linken Arm diffus etwas vermindert ausgeführt, Nasenstüber- und Fromentzeichen seien aber beidseits normal, die Zweipunktgediskrimination sei auch am rechten Kleinfinger und an der ganzen linken Hand schwer abnorm. Auffällig sei auch die Diskrepanz zwischen dem normalen Vibrationssinn malleolär und dem aufgehobenen Lagesinn der Grosszehen beidseits, im Kontrast hierzu seien aber Stand und Gang inklusive Rombergversuch normal. Die Ulnarisneurographie rechts falle normal aus, so dass hier keine peripher-neurogene Läsion den angegebenen Parästhesien an den ulnaren zwei Fingern der rechten Hand zugrunde liege. Es gehe hier bekanntlich um die Frage einer allfälligen Myelokontusion im Rahmen des Velosturzes, diese Diagnose erscheine ihm zweifelhaft, insbesondere, weil eine Myelopathie im MRI der HWS nicht beschrieben worden sei. Eine Myelopathie mit so ausgeprägten und so lange anhaltenden Defiziten nach dem Unfall ohne Nachweis einer Läsion im MRI sei seines Erachtens ungewöhnlich. Auch sei in diesem Zusammenhang das Fehlen einer relevanten Parese im gesamten Verlauf als durchaus ungewöhnlich einzustufen. Im anamnestischen Verlauf bestünden zahlreiche Unklarheiten wie beispielsweise die Angabe des Beschwerdeführers, wonach er drei Tage hospitalisiert worden sei, im akutenmässigen Verlauf der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. Juli 2018 sei aber lediglich eine ambulante Untersuchung auf der Notfallstation des F.____ dokumentiert worden. In dieser Situation bestünden seines Erachtens somit etliche Diskrepanzen, so dass die medizinische Problematik aus neurologischer Sicht zurzeit noch nicht abschliessend beurteilt werden könne, insbesondere im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit. In dieser Situation empfehle er, dass die Akten überprüft würden beispielsweise im Hinblick auf eine Hospitalisation. Es erscheine ihm auch sinnvoll, die MRI-Bilder der HWS nochmals genau durchzugehen im Hinblick auf eine allfällige traumatisch bedingte Myelopathie. Zur Objektivierung der geklagten Sensibilitätsstörungen könnten somatosensibel evozierte Potenziale des Nervus ulnaris und des Nervus tibialis beidseits durchgeführt werden beispielsweise an der Neurologischen Klinik des J.____ in [...]. Das im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung definierte Zumutbarkeitsprofil erscheine aus neurologischer Sicht durchaus sinnvoll und

nachvollziehbar. Gerne nehme er zur konkreten neurologischen Diagnose und Prognose näher Stellung, wenn die oben genannten Zusatzuntersuchungen und Unterlagen vorhanden seien.

5.8 Nach Rücksprache mit dem Kreisarzt Dr. med. D.____ (Suva-Nr. 96; 113) beauftragte die Beschwerdegegnerin die Neurologische Klinik des Spitals J.____ mit der neurologischen Untersuchung zur Messung von somatosensiblen evozierten Potenzialen des Nervus ulnaris und Nervus tibialis beidseits zur Objektivierung der vom Beschwerdeführerinnen beklagten Sensibilitätsstörung (Suva-Nr. 119). Sodann beauftragte die Beschwerdegegnerin die Radiologie des Spitals J.____ mit der Beurteilung der MRI-Bilder der HWS/BWS des Spitals F.____ vom 19. Dezember 2017 mit der Frage nach Nachweis einer traumatisch bedingten Myelopathie (Suva-Nr. 120).

5.8.1 Am 31. Januar 2019 fand im Neurozentrum des Spitals J.____ ein fachärztliches Konsilium (durchgeführt von Dres. med. K.____ und L.____) statt (Suva-Nr. 132). Dabei sollte die Frage geklärt werden, ob eine traumatisch bedingte Myelopathie nachgewiesen werden könne. Diesbezüglich wurde dargelegt, dass, soweit in der vorliegenden Untersuchung beurteilbar, kein Hinweis für eine Myelopathie bestehe. Auch seien keine Frakturen vorhanden. Es bestünden unspezifische Signalalterationen im Myelon in nur einer Schicht, am ehesten einem Artefakt entsprechend. Falls eine explizite Beurteilung der Blutablagerungen bei stattgehabter Blutung im Myelon / im Spinalkanal erwünscht sei, würden gegebenenfalls ergänzende spinale SWI-Sequenzen empfohlen. Sodann seien multisegmentale degenerative Veränderungen mit Kompression/Reizung der Nervenwurzel sowie relativen bis absoluten Spinalkanalstenosen nachzuweisen.

5.8.2 Die Ulnaris-SSEP-Untersuchung im Spital J.____ vom 11. März 2019 habe ergeben (Suva-Nr. 127 S. 1), dass die vom N. ulnaris aus somatosensibel evozierten Potenziale beidseits kortikal latenzverzögert und ausserdem dekonfiguriert (pathologisch) seien. Die Amplitude der kortikalen Reizantwort sei bei Stimulation links im Seitenvergleich vermindert. Die Reizantwort am Erb'schen Punkt sei am ehesten technisch bedingt nicht erhältlich. Es werde eine neurochirurgische Vorstellung empfohlen. Die gleichentags durchgeführte Tibialis-SSEP (Suva-Nr. 127 S. 2) habe ergeben, dass die somatosensorisch evozierten Potentiale des N. tibialis betont bei Stimulation links, aber latenzverzögert seien. Der Primärkomplex sei bei Stimulation links deutlich dekonfiguriert (pathologisch). Die lumbale Reizantwort sei bei Stimulation beidseits am ehesten technisch bedingt nicht erhältlich. Zusammengefasst würden sowohl die Befunde der Ulnaris- als auch der Tibialis-SSEP für ein zentrales Leitungsdefizit der sensiblen Bahnen sprechen. Ein Zusammenhang mit der zervikalen Spinalkanalstenose sei wahrscheinlich, weswegen eine neurochirurgische Evaluation empfohlen werde.

5.9

5.9.1 Die am 13. Mai 2019 durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS im Spital F.____ (Suva-Nr. 147 S. 4 f.) hat ergeben, dass eine grosse mediolateral gelegene Diskushernie L5/S1 mit Kompression und Verdrängung des Duralsacks und der Wurzel S1 links, eine degenerativ bedingte Spinalkanalstenose L 4/5 sowie nach rechts foraminal gerichtete Hernie dieses Segments vorlägen. Sodann wurde der Befund einer Chondrose L 2/3 und einer ebenfalls nach rechts foraminal gerichteten Hernienbildung erhoben.

5.9.2 Die MRI-Untersuchung der Wirbelsäule vom 15. Mai 2019 im Spital F.____ (Suva-Nr. 147 S. 2 f.) hat ergeben, dass das Alignment der abgebildeten Wirbelkörper erhalten sei.

Es liege keine frakturverdächtige Wirbelkörperhöhenminderung vor. Die Bandscheibenflächen seien etwas eingeengt bei Osteochondrose in multiplen Segmenten, im Segment HWK 5/6 aktiviert mit leichtem Knochenmarködem an den Abschlussplatten. Im Bereich von HWK 3/4 bis HWK 6/7 sei der Spinalkanal in allen Segmenten eingeengt durch Diskusprotrusionen, Verdickung des Ligamentums longitudinale und der Ligamenta flava. Am meisten sei die Stenosierung im Segment HWK 6/7 ausgeprägt. Es lägen multiple neuroforaminale Einengungen durch Diskusprotrusionen und Spondylophyten vor, am meisten im Segment HWK 5/6 und HWK 6/7 beidseits ausgeprägt. Es seien jedoch praktisch alle Neuroforamina betroffen. Es zeigten sich keine pathologische Signalanhebung des Myelons hinweisend auf eine kompressionsbedingte Myelopathie. Im Vergleich mit der Voruntersuchung habe sich keine wesentliche Befundänderung gezeigt.

5.10 Am 28. Mai 2019 erging der Sprechstundenbericht vom 16. Mai 2019 der Wirbelsäulenchirurgie des Spitals F.____ (Suva-Nr. 145) mit folgenden Diagnosen:

Weiter wurde ausgeführt, es handle sich um eine geplante klinische Verlaufskontrolle nach durchgeführter MR-Tomographie der LWS und der HWS. Der Beschwerdeführer berichte über eine unveränderte Beschwerdesituation mit Kribbelparästhesien in den Händen und den Füßen sowie deutlichen Verspannungsgefühlen, welche bereits nach kurzen Gehstrecken aggravierten, sowohl in den Händen als auch in den Beinen. Insgesamt bestehe eine dezente Hyposensibilität auf der linken Seite im Vergleich zur Gegenseite. Eine Physiotherapie werde aktuell nicht durchgeführt. MR-tomographisch lasse sich eine grosse Diskushernie auf Höhe L5/S1 abgrenzen, hier fehlten jedoch klinische eindeutige Symptome wie eine Radikulopathie oder höhergradige Schwäche der Fussmuskeln. Auf Höhe der HWS zeige sich die bekannte Spinalkanalstenose, wobei jedoch auch hier keine eindeutig passenden Beschwerden vorlägen. Es würden regelmässige Kontrollen empfohlen. Sollte eine Verschlechterung mit Zeichen für eine Myelopathie auftreten, würde dem Beschwerdeführer eine zeitnahe operative Therapie empfohlen. Aktuell würden die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden als Residuen nach Myelomkontusion bewertet.

5.11 Am 10. Juli 2019 nahm der beratende Neurologe der Haftpflichtversicherung M.____, Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie, Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Suva-Nr. 175). Er führte aus, eine (unfallbedingte) Myelopathie liege nicht vor. Er verweise auf die bildgebenden Abklärungen. Auch die neurologische SSEP-Untersuchung habe keine Hinweise auf eine Myelopathie gezeigt, wobei hier eine sog. Eingangskontrolle gefehlt habe. Aufgrund des anatomisch bedingten unfallfremden engen Spinalkanals hätten sich nach dem Unfall die beschriebenen Beschwerden / Symptome manifestiert. Eine vorübergehende Unfallkausalität sei deshalb überwiegend wahrscheinlich anzunehmen. Spätestens ein Jahr nach dem Ereignis seien die Beschwerden nicht mehr überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall bedingt/erklärbar und der Status quo sine/ante sei erreicht.

5.12 Am 1. Oktober 2019 berichtete Dr. med. O.____, Oberärztin Medizin, Spital F.____, über die ambulanten medizinischen Konsultationen vom 22. August sowie 27. September 2019 (Suva-Nr. 172). Folgende Diagnosen lassen sich ihrem Bericht entnehmen:

Transfusion von 2 EK

Weiter führte Dr. med. O.____ aus, die seit dem Velounfall von November 2017 persistierenden Parästhesien im Bereich der oberen und unteren Extremität beidseits zeigten einen fluktuierenden Verlauf. Es persistierten jedoch die seit einer ENMG-Untersuchung

aufgetretenen belastungsabhängigen Muskelverspannungen und Muskelschmerzen, die eine Steigerung der Arbeitsunfähigkeit verunmöglichten. Eine Untersuchung mit somatosensorisch evozierten Potentialen des Nervus tibialis und Nervus ulnaris im J.____ habe Hinweise für ein zentrales Leitungsdefizit der sensiblen Bahnen ergeben, wo ein Zusammenhang der zervikalen Spinalkanalstenose postuliert worden sei. Das MRI von Mai 2019 habe bei Nachweis einer multisegmentalen Einengung des Spinalkanals jedoch keine Zeichen einer kompressionsbedingten Myelopathie ergeben. Somit bleibe die Ätiologie der Beschwerden unklar, so dass sie die Kollegen der Neurologie um eine erneute Beurteilung bitte. Von Seiten der bekannten arteriellen Hypertonie sei gemäss Heimmessungen von einer guten Einstellung auszugehen, während die Praxismessungen, bedingt durch die bekannte Weisskittelkomponente, stets hypertensive Werte ergäben. Erfreulicherweise sei es dem Beschwerdeführer gelungen, durch eine Ernährungsumstellung neun Kilogramm an Gewicht abzunehmen. Bei bekannter Kolonpolypose seien im Juli 2019 erneut drei Kolonpolypen abgetragen worden, mit histologischem Nachweis von tubulären Adenomen mit niedriggradiger Epitheldysplasie nebst einem hyperplastischen Polypen. Eine Re-Kolonoskopie sei bereits in zwei Jahren wieder empfohlen.

5.13 Nach erneuter Rücksprache mit dem Kreisarzt Dr. med. D.____ (Suva-Nr. 146) holte die Beschwerdegegnerin nochmals eine Stellungnahme des Neurologen Dr. med. E.____ ein. In seinem Bericht vom 21. November 2019 (Suva-Nr. 176) führte Dr. med. E.____ aus, zusammenfassend präsentiere sich beim Beschwerdeführer aktuell ein weitgehend unverändertes Beschwerdebild im Vergleich zu seiner Voruntersuchung vom August 2018, auch die klinisch-neurologische Untersuchung falle weitgehend unverändert aus. Zwischenzeitlich seien einige Zusatzuntersuchungen durchgeführt worden wie beispielsweise die neuroradiologische Beurteilung der MRI-Bilder der HWS vom 19. Dezember 2017 am J.____. Hierbei werde bestätigt, dass eine Myelopathie nicht festgestellt werden könne. Die somatosensibel evozierten Potenziale des Nervus tibialis und des Nervus ulnaris beidseits am J.____ vom März dieses Jahres bestätigten eine zentrale sensible Leitungsstörung linksbetont. Wichtig und interessant erscheine insbesondere der Bericht des Medizinischen Ambulatoriums am F.____ vom April diesen Jahres. Hierbei werde die Diagnose einer perniziösen Anämie seit 2015 erwähnt, welche Dr. med. E.____ zuvor nicht bekannt gewesen sei. Diese Diagnose sei insofern von Bedeutung, weil der Vitamin B12 Mangel in Form der funikulären Myelose bekanntermassen zu Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten führen könne, welche sich auch nach Substitution nicht vollständig zurückbilden müsse. Die MRI-Verlaufsuntersuchung der Halswirbelsäule vom Mai 2019 zeige einen unveränderten Befund im Vergleich zum Dezember 2017, auch hierbei könne eine Myelopathie nicht nachgewiesen werden. Der Beschwerdeführer selber weise heute im Verlauf des Gespräches darauf hin, dass die Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten erst seit dem Unfall vom November 2017 vorhanden seien und nicht bereits vorgängig im Rahmen der Diagnosestellung des Vitamin B12 Mangels im Jahr 2015. Dieser Hinweis werde subjektiv und anamnestisch sicherlich zutreffen, in Bezug auf die Unfallkausalität müsse in diesem Zusammenhang natürlich festgehalten werden, dass das Prinzip des post hoc ergo propter hoc in der Beurteilung der Unfallkausalität durchaus nicht immer zutreffen. Die Tatsache, dass die Sensibilitätsstörungen erst nach dem Unfall vom November 2017 aufgetreten seien, beweise deren Unfallkausalität somit noch nicht ausreichend. Auch wenn die angegebenen Sensibilitätsstörungen links weiterhin klinisch nicht eindeutig objektiviert werden könnten, insbesondere, weil begleitende motorische Befunde fehlten beziehungsweise nicht konkordant seien mit den etwas rechtsbetont

auslösbaren Beinreflexen, so hätten die somatosensibel evozierten Potenziale an den Armen und Beinen doch eine linksbetonte sensible zentralnervöse Störung dokumentieren können. Dementsprechend stelle sich die Frage nach der Ätiologie dieser Sensibilitätsstörung, diese könne seines Erachtens durchaus im Rahmen des Vitamin B12 Mangels interpretiert werden. Differentialdiagnostisch sei eine traumatisch bedingte Myelopathie oder auch eine degenerativ bedingte Myelopathie möglich, wenngleich diese in den MRI-Untersuchungen der HWS vom Dezember 2017 und vom Mai 2019 nicht zur Darstellung komme. Dementsprechend seien die weiterhin geklagten Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten nur möglicherweise auf den Unfall vom 24. November 2017 zurückzuführen. Unabhängig von der genauen Ätiologie der linksbetonten Sensibilitätsstörungen begründeten diese aus neurologischer Sicht zurzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten, in der aktuell ausgeübten Arbeit sei der Beschwerdeführer dadurch jedenfalls nicht beeinträchtigt, diese werde zurzeit mit einem 50%igen Pensum ohne Leistungseinschränkung ausgeübt. Dementsprechend könne diese Arbeit aus neurologischer Sicht zu 100 % zugemutet werden ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Daher könne Dr. med. E.____ dem Zumutbarkeitsprofil gemäss der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. Juli 2018 durchaus zustimmen, aus neurologischer Sicht habe sich die Arbeitsfähigkeit zwischenzeitlich aber noch weiter verbessert. Wegen der degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule sollten lediglich sturzgefährdete Tätigkeiten wie beispielsweise auf Leitern oder Gerüsten vermieden werden, diese stünden beim Beschwerdeführer aber ohnehin nicht zur Diskussion. Aus neurologischer Sicht seien zurzeit keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen erforderlich. Die Prognose der Sensibilitätsstörungen sei nicht ganz klar abzuschätzen, weil die Ätiologie unklar sei. Unter der Annahme eines Vitamin B12 Mangels sei die Prognose durchaus günstig, weil dieses Vitamin mittlerweile substituiert werde. Die Rückbildung der neurologischen Beschwerden nach einem Vitamin B12 Mangel müsse aber, wie gesagt, nicht vollständig erfolgen. Für den möglichen unfallkausalen Anteil an den Sensibilitätsstörungen linksbetont sei die Prognose sicherlich günstig einzustufen. Die degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule würden aber wahrscheinlich in Zukunft noch weiter zunehmen.

5.14 Am 28. November 2019 nahm der Kreisarzt Dr. med. D.____ abschliessend Stellung zum medizinischen Sachverhalt bzw. zur Frage der Unfallkausalität der aktuell bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 179). Er führte aus, wie der Neurologe Dr. med. E.____ in seiner ausführlichen Beurteilung vom 18. November 2019 festhalte, seien die vom Beschwerdeführer noch beklagten Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 24. November 2017 zurückzuführen. Offenbar sei beim Beschwerdeführer bereits seit längerem ein Vitamin B12 Mangel bekannt, welcher trotz Substitution weiterbestanden habe. Die vom Beschwerdeführer beklagte neuropathische Symptomatik sei mit Folgen eines Vitamin B12 Mangels gut erklärbar. Bei zudem fehlendem Nachweis einer traumatisch bedingten Myelopathie in der ausgedehnten Bildgebung sei somit die noch beklagte Symptomatik nicht überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt. Auch der beratende Neurologe der Haftpflichtversicherung M.____, Dr. med. N.____, gehe davon aus, dass spätestens ein Jahr nach dem Unfall die Beschwerden nicht mehr mit dem Ereignis erklärt werden könnten. Da bereits wiederholt ausführliche neurologische Untersuchungen erfolgt seien, zuletzt am 22. August 2019 im Spital F.____, seien für die Beurteilung der Unfallkausalität keine zusätzlichen Untersuchungen erforderlich.

5.15 Nachdem die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 2. Dezember 2019 (Suva-Nr. 184) in Aussicht gestellt hatte, den Fall per 31. Dezember 2019 abzuschliessen und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abzulehnen, erhob der Beschwerdeführer dagegen Einsprache (Suva-Nr. 196). Nach Eingang des Neurologischen Sprechstundenberichts von Dr. med. P.____, Oberarzt Neurologie, Spital F.____, vom 27. Dezember 2019 (Suva-Nr. 198), hiess die Beschwerdegegnerin die Einsprache gut, zog die Verfügung vom 2. Dezember 2019 mit Schreiben vom 6. Februar 2020 (Suva-Nr. 199) zurück und sprach dem Beschwerdeführer die Weiterausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen ab dem 1. Januar 2020 zu.

Dr. med. P.____ stellte in seinem Neurologischen Sprechstundenbericht vom 27. Dezember 2019 (Suva-Nr. 198) die folgenden Diagnosen:

Nebendiagnosen:

Weiter führte Dr. med. P.____ aus, die Zuweisung sei zur erneuten Beurteilung von nach einem Unfall aufgetretenen Parästhesien aller Extremitäten erfolgt. Im Vorfeld sei bereits durch die Beschwerdegegnerin eine Abklärung bei Dr. med. E.____ veranlasst worden, daneben lägen zahlreiche interne Sprechstundenberichte der Wirbelsäulenchirurgie vor. Wie bereits die Kollegen der Wirbelsäulenchirurgie in ihrer ersten Stellungnahme vom 16. Januar 2018 gehe er davon aus, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Sensibilitätsstörungen Folge einer Schädigung (Kontusion) des Halsmarksim Rahmen des Unfalls vom 24. November 2017 seien, wofür bei Personen mit einer vorbestehende Spinalkanalstenose (hier auf dem Boden degenerativer Veränderungen wie in den MR-Untersuchungen vom 19. Dezember 2017 und 15. Mai 2019 nachgewiesen) bereits ein geringfügiges Trauma ausreichen könne. Für eine Rückenmarkspathologie würden neben dem klinischen Befund eines sensiblen Niveaus auch die Resultate der somatosensibel evozierten Potenziale (11. März 2019 am J.____) sprechen, die ■ passend zu den angegebenen Beschwerden ■ beidseits, aber deutlicher links pathologisch ausgefallen seien. Eine operative Dekompression des zervikalen Myelons sei mit dem Beschwerdeführer bereits früher am J.____ besprochen worden, jedoch habe er sich unter anderem wegen einer möglicherweise zusätzlich eingeschränkten Beweglichkeit der Halswirbelsäule dagegen entschieden. Aktuell sehe Dr. med. P.____ bei weiter rückläufigen, rein sensiblen neurologischen Ausfällen keine Notwendigkeit, diese Entscheidung zu revidieren, doch sollte dies bei Erreichen eines Plateaus ohne weitere Symptombesserung nochmals evaluiert werden. Da subjektiv die Hypästhesie als Symptom im Vordergrund stehe, könne er zurzeit auch keine weiteren konservativen (medikamentösen) Massnahmen empfehlen. Auch wenn die Konsultation bei ihnen natürlich nicht primär unter einem gutachterlichen Blickwinkel erfolgt sei, erscheine für ihn der kausale Zusammenhang zwischen den Beschwerden des Beschwerdeführers und dem erwähnten Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben, da die Sensibilitätsstörungen ■ wie auch anhand der vorliegenden Berichte nachvollziehbar ■ kurz nach dem Unfall berichtet worden seien und elektrophysiologisch mit einer Funktionsstörung des zervikalen Myelons einhergingen, die eine plausible Unfallfolge sei. Eine Genese der Myelopathie im Rahmen eines Vitamin B12-Mangels (funikuläre Myelose) erkläre den Zeitpunkt und Dynamik des Auftretens der Beschwerden deutlich schlechter. Unabhängig von dieser ätiologischen Einordnung schein bei rückläufigen Beschwerden eine weitere schrittweise Steigerung des Arbeitspensums sinnvoll, wobei die durch Wegfall der Leistungen der Beschwerdegegnerin ab dem 31. Dezember 2019 vorgesehene Steigerung direkt auf 100 % seines Erachtens zu

rasch erfolge. Es seien keine weiteren Kontrollen vorgesehen.

5.16 Schliesslich holte die Beschwerdegegnerin am 9. März 2021 eine abschliessende neurologische Beurteilung von Dr. med. C.____, Suva Versicherungsmedizin, ein (Suva-Nr. 242). Dr. med. C.____ führte aus, die Einschätzungen und Beurteilungen des (von der behandelnden Einrichtung Spital F.____ unabhängigen) Neurologen Dr. med. E.____ in der eigenen neurologischen Beurteilung der umfangreichen vorliegenden medizinischen Dokumente und Bildgebungen seien in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Es sei festzustellen, dass beim Beschwerdeführer ■ bei Vorliegen von Vorerkrankungen an degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und einer perniziösen Anämie (mit Symptomen einer funikulären Myelose) ■ kein Nachweis einer namhaften strukturellen (organischen) und unfallkausalen Schädigung des gesamten untersuchten Hals-/Rückenmarks zu erkennen sei. Selbst bei hypothetischer Annahme, dass im Rahmen des Unfalls vom 24. November 2017 eine namhafte Traumatisierung im Bereich der HWS stattgefunden haben sollte, könne diese unfallbedingte Körperschädigung ■ bei Fehlen von nachweisbaren strukturellen Körperschädigungen ■ Schmerzen, Beschwerden und subjektive Symptome lediglich für den Zeitraum von drei Monaten nach dem Unfall erklären; unter Berücksichtigung der Vorerkrankungen im Bereich der HWS für höchstens sechs Monate. Die Ausführungen und Einschätzungen des Oberarztes der Neurologie des Spitals F.____, Dr. med. P.____, im «Neurologischen Sprechstundenbericht vom 27. Dezember 2019» würden diese versicherungsmedizinische Beurteilung nicht zu ändern vermögen. Es werde von Dr. med. P.____ fehlerhafterweise angenommen, dass die pathologischen Resultate der SSEP-Untersuchung im Spital J.____ für eine unfallbedingte Rückenmarkspathologie sprechen würden. Es sei jedoch medizinisch-wissenschaftlich dokumentiert, dass auffällige Befunde bei der Messung der SSEP im Allgemeinen keinen Rückschluss auf die Ursache dieser Veränderungen zulassen würden.

In der verkürzten Zusammenfassung sei festzustellen, dass beim Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfall vom 24. November 2017 objektivierbare und reproduzierbare neurologischen Ausfälle nachgewiesen worden seien und zu keinem Zeitpunkt nach diesem Unfall eine ■ überwiegend wahrscheinlich unfallkausale ■ strukturelle (organische) Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems dargestellt worden sei. Selbst bei Annahme einer Traumatisierung im Bereich der HWS im Rahmen dieses Unfalls seien die Beschwerden und Symptome des Beschwerdeführers spätestens ein halbes Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit den aktenkundigen Vor- und Begleiterkrankungen des Beschwerdeführers zu erklären. Da auf neurologischem Gebiet bereits ein halbes Jahr nach dem Unfall vom 24. November 2017 eine Abheilung von unfallkausalen Beschwerden zu postulieren sei und da aus kreisärztlicher Perspektive spätestens ein Jahr nach diesem Unfall Beschwerden und Symptome nicht mehr als wahrscheinlich unfallkausal eingeschätzt worden seien, könne spätestens ein Jahr nach diesem Unfall ein sogenannter «administrativer Fallabschluss» erfolgen. Auf neurologischem Fachgebiet sei beim Beschwerdeführer keine namhafte und dauerhafte (bleibende) Gesundheitsschädigung als Folge des Unfalls vom 25. November 2017 (recte: 24. November 2017) feststellbar. Entsprechend den vorliegenden Dokumenten sei eine solche auch nicht von kreisärztlicher Seite festgestellt worden.

6. Die Beschwerdegegnerin verneint ihre Leistungspflicht unter Berufung auf den fehlenden Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 24. November 2017 und den geklagten Beschwerden. Ihren Einspracheentscheid vom 26. Mai 2021 stützt sie im

Wesentlichen auf die neurologische Beurteilung von Dr. med. C.____, Suva-Versicherungsmedizin, vom 9. März 2021 (vgl. E. II. 5.16 hiervor) ab, weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Die neurologische Beurteilung von Dr. med. C.____ vom 9. März 2021 geht davon aus, dass beim Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfall vom 24. November 2017 objektivierbare oder reproduzierbare neurologische Ausfälle nachgewiesen worden seien und zu keinem Zeitpunkt nach diesem Unfall eine ■ überwiegend wahrscheinlich unfallkausale ■ strukturelle (organische) Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems dargestellt worden sei. Selbst bei Annahme einer Traumatisierung im Bereich der HWS im Rahmen dieses Unfalls seien die Beschwerden und Symptome des Beschwerdeführers ein halbes Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit den aktenkundigen Vor- und Begleiterkrankungen des Beschwerdeführers zu erklären (vgl. E. II. 5.16 hiervor). Dr. med. C.____ setzt sich in seiner Beurteilung eingehend mit den Vorakten sowie den bildgebenden Befunden auseinander und begründet seine Schlussfolgerungen überzeugend. Wie nachfolgend dargelegt, ergibt diese Beurteilung zusammen mit den Untersuchungsergebnissen der behandelnden Ärzte des Spitals F.____ sowie den eingeholten Berichten von Dr. med. E.____ eine überzeugende Beweisgrundlage in Bezug auf die Unfallkausalität. So stellt Dr. med. C.____ einleitend fest, die erst mit einiger Latenz zum Unfall vom 24. November 2017 bei der Unfallversicherung eingegangenen Dokumente zu Vor- und Begleit-Erkrankungen des Beschwerdeführers würden das Vorliegen eines im Jahre 2015 diagnostizierten Vitamin B12-Mangels mit den klinischen Folgen in Form einer perniziösen Anämie und sensorischen Symptomen wie bei einer funikulären Myelose (Auswirkungen des Vitamin-Mangels auf die Blutbildung und auf das Rückenmark) beschreiben. Entsprechend den vorliegenden Dokumenten hätten sich die Sensibilitätsstörungen, welche zur Diagnose des Vitamin B12-Mangels geführt hätten, nach der Substitution dieses Vitamins nicht vollständig zurückgebildet. Es seien daher zum Zeitpunkt des Unfalls vom 24. November 2017 Residuen einer früheren krankheitsbedingten Schädigung des Rückenmarkes anzunehmen. Sodann führte Dr. med. C.____ aus, in den ambulanten Abklärungen im Spital F.____ nach dem Unfall vom 24. November 2017, bei welchem der Beschwerdeführer als Fahrradfahrer von einem Personenwagen touchiert worden und gestürzt sei, hätten sich weder Hinweise auf eine stattgehabte Gehirnerschütterung (Commotio cerebri, aktuelle Bezeichnung: MTBI/LTHV) gefunden, noch hätten objektivierbare und reproduzierbare Ausfälle im klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund erhoben werden können. Da der Beschwerdeführer bei der ersten und bei der Nachuntersuchung (29. November 2017) Beschwerden im HWS-Bereich geklagt und Sensibilitätsstörungen berichtet habe, sei eine computertomographische (CT-) Diagnostik des Kopfes und der Halswirbelsäule (HWS) erfolgt. Die aktuelle neurologische Beurteilung dieser CT-Untersuchungen in Bezug auf traumatische Schädigungen oder Einblutungen im Bereich der dargestellten Strukturen des zentralen Nervensystems (ZNS) bestätige den fachärztlich-radiologischen Befund von fehlenden Zeichen traumatischer Schädigungen bzw. Einblutungen im Bereich der HWS. Neurologisch beurteilt sei es gerechtfertigt, dass ■ auf der Basis der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu Symptomen und unter Berücksichtigung des klinischen Untersuchungsbefundes ■ die deskriptive Diagnose eines «traumatischen Cervikal-Syndroms mit Blockierung nach links» gestellt worden sei. Die Tatsache, dass im erstbehandelnden Spital F.____ darauf verzichtet worden sei, einen Erfassungsbogen für «Beschleunigungsverletzungen der HWS» auszufüllen, weise darauf hin, dass beim

Beschwerdeführer keine schwerwiegende HWS-Distorsion angenommen worden sei. In Bezug auf den vom Beschwerdeführer angegebenen Sturz auf die linke Schulter (bei Verneinung eines Kopfanpralls) sei im erstbehandelnden Spital zunächst die Diagnose einer «Supraspinatus-Zerrung links» gestellt, in der ambulanten Nachuntersuchung am 29. November 2017 sei diese Diagnose in einen «Status nach Schulter-Kontusion links» geändert und es sei erstmals die Diagnose einer «Kontusion Flanke/gluteal» gestellt worden. Im Rahmen der kernspintomographischen (MR-) Diagnostik am 19. Dezember 2017 seien namhafte traumatische Schädigungen im Bereich der HWS und unfallbedingte Schädigungen im Bereich des Hirnstammes und des Halsmarkes ausgeschlossen worden. Die neurologische Beurteilung dieser Aufnahmen und der erneuten MR-Diagnostik der HWS am 15. Mai 2019 liessen ebenfalls keine radiologischen Zeichen einer traumatischen Schädigung oder einer durch eine traumatische Einblutung verursachten Schädigung der dargestellten neuronalen Strukturen erkennen. Diese unauffälligen Befunde im Bereich des dargestellten Halsmarkes schliessen eine zuvor stattgefundene (unfallbedingte) «Commotio spinalis» («Erschütterung» des Hals-/ Rückenmarks) nicht aus. Die Symptome und Befunde zeitnah zum Unfall vom 24. November 2017 würden jedoch nicht auf eine stattgehabte «Contusio spinalis» hinweisen. Eine strukturelle traumatische Schädigung des Hals-/Rückenmarkes, welche als «Contusio spinalis» (bzw. «Myelon-Kontusion») bezeichnet werde, gehe einerseits mit objektivierbaren und reproduzierbaren Ausfällen im klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund und andererseits mit kernspintomographisch (MR-diagnostisch) nachweisbaren Schädigungszeichen einher. Beide genannten Kriterien würden im Falle des Unfalls des Beschwerdeführers nicht zutreffen. Neurologisch beurteilt sei der klinische Schweregrad einer möglichen HWS-Distorsion in einen «Whiplash-associated Disorder» (WAD) II einzuordnen; es seien beim Beschwerdeführer keine reproduzierbaren oder objektivierbaren unfallbedingten klinisch-neurologischen Ausfälle beschrieben worden. Für eine umfassende Abklärung möglicher neurologischer Unfallfolgen sei es folgerichtig gewesen, dass von Seiten der Unfallversicherung eine Untersuchung bei dem ■ von dem behandelnden Krankenhaus unabhängigen ■ Neurologen Dr. med. E. ___ für den 21. August 2018 angemeldet worden sei. Es seien für diese konsiliarische Untersuchung jedoch keine Befunde zu Vor- und Begleiterkrankungen und keine der bisher durchgeführten medizinischen Bildgebungen vorgelegt worden. Der Neurologe Dr. med. E. ___ habe in seinem Untersuchungsbericht mehrere Inkonsistenzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers zur Anamnese und zu den Beschwerden und den objektivierbaren Untersuchungsbefunden beschrieben. Es sei von Dr. med. E. ___ das Vorliegen einer «Myelon-Kontusion» (im Sinne einer Contusio spinalis) angezweifelt worden. Da Dr. med. E. ___ die Vorerkrankung an einer perniziösen Anämie (mit Symptomen einer funikulären Myelose) nicht bekannt gewesen sei (und dies offensichtlich vom Beschwerdeführer auch nicht berichtet worden sei), sei von Dr. med. E. ___ eine auswärtige Untersuchung zur Objektivierung der Angaben von Sensibilitätsstörungen in Form von «somato-sensibel evozierten Potenzialen» (SSEP) vorgeschlagen worden. Im Rahmen dieser Messung der SSEP (durch elektrische Stimulation im Bereich des Nervus ulnaris und des Nervus tibialis beidseits) am 11. März 2019 im Spital J. ___ sei den Untersuchenden ebenfalls nicht bekannt gewesen, dass beim Beschwerdeführer seit dem Jahre 2015 eine Erkrankung mit Auswirkung auf das Rückenmark, mit Verursachung von Sensibilitätsstörungen im Bereich der Extremitäten, vorgelegen sei. Daher sei aufgrund der pathologischen Befunde der gemessenen SSEP postuliert worden, dass ein Zusammenhang mit der zervikalen Spinalkanal-Stenose wahrscheinlich sei. Wegen den fehlenden Befunden

zur Krankheitsvorgeschichte des Beschwerdeführers bei den abklärenden medizinischen Einrichtungen und wegen den offensichtlich mangelhaften Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Vorerkrankungen seien erneute MR-Bildgebungen im Bereich der Wirbelsäule (HWS) und eine ambulante wirbelsäulenchirurgische Abklärung erfolgt. Nachdem im Rahmen dieser Abklärungen weiterhin keine objektiven Zeichen für eine (krankheits- oder unfallbedingte) operationsbedürftige Schädigung des Hals-/Rückenmarkes (Myelons) gefunden worden seien, sei am 18. November 2019 eine erneute ambulante neurologische Untersuchung und Beurteilung bei Dr. med. E.____ erfolgt. Dieser sei unter Auswertung der nunmehr vollständig vorliegenden Dokumente und Bildgebungen zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer eine namhafte strukturelle (organische) und unfallkausale Schädigung im Bereich des Myelons (Hals- / Rückenmarkes) nicht nachweisbar sei. Versicherungsmedizinisch beurteilt sei ebenfalls nachvollziehbar, dass Dr. med. E.____ am 18. November 2019 zu der Einschätzung gelangt sei, die weiterhin geklagten Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten seien dementsprechend nur möglicherweise auf den Unfall vom 24. November 2017 zurückzuführen. Die blosse Möglichkeit, dass sich etwas auf eine bestimmte Weise zugetragen hat, entspricht indes nicht dem sozialversicherungsrechtlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_242/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2). Weiter legt Dr. med. C.____ dar, dass selbst bei Annahme einer Traumatisierung im Bereich der HWS im Rahmen dieses Unfalles die Beschwerden und Symptome des Beschwerdeführers spätestens ein halbes Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit den aktenkundigen Vor- und Begleiterkrankungen des Beschwerdeführers zu erklären seien (Suva-Nr. 242 S 10). Hier ist zu beachten, dass 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). Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin erfolgte per 30. April 2021 und somit mehr als über einem Jahr nach dem Unfallereignis. Dies lässt sich nicht beanstanden.

6.2 Gestützt auf die obigen Ausführungen kommt das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss, dass die Beurteilung von Dr. med. C.____ grundsätzlich beweiskräftig und der rechtserhebliche Sachverhalt genügend erstellt ist.

6.3 Der Beschwerdeführer erhebt zu Recht keine konkreten Einwände gegen die Beurteilung von Dr. med. C.____. Die von der Beurteilung von Dr. med. C.____ abweichende medizinische Einschätzung von Dr. med. P.____ überzeugt nicht. Insbesondere erscheint die Annahme von unfallkausalen Sensibilitätsstörungen vor dem Hintergrund der überzeugenden Ausführungen von Dr. med. C.____ sowie von Dr. med. E.____ als unwahrscheinlich. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Unfallkausalität besagt, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt worden

sind und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251). Eine dementsprechend organisch objektiv ausgewiesene Unfallrestfolge liegt nicht vor. Dr. med. P.____ führt in seinem Bericht vom 27. Dezember 2019 aus, für eine Rückenmarkspathologie würden neben dem klinischen Befund eines sensiblen Niveaus auch die Resultate der somatosensibel evozierten Potenziale sprechen, die ■ passend zu den angegebenen Beschwerden ■ beidseits, aber deutlicher links pathologisch ausgefallen seien (Suva-Nr. 198). Diesbezüglich führte Dr. med. C.____ in seiner Beurteilung vom 9. März 2020 aus, es sei medizinisch-wissenschaftlich dokumentiert, dass auffällige Befunde bei der Messung der SSEP im Allgemeinen keinen Rückschluss auf die Ursache dieser Veränderungen zulassen würden (Suva-Nr. 242 S. 10), was durchaus plausibel erscheint. Sodann bedeutet der Umstand, dass die Sensibilitätsstörungen kurz nach dem Unfall berichtet worden seien (vgl. Bericht von Dr. med. P.____ vom 27. Dezember 2019; Suva-Nr. 198), für sich allein nicht, dass die Veränderung traumatischer Natur ist. Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Diesbezüglich erübrigen sich somit weitere Ausführungen. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb dem Bericht von Dr. med. P.____ auch deswegen weniger Beweiswert zuzumessen ist.

6.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Bericht von Dr. med. C.____ in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar ist. Es ist demnach gestützt darauf davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfall vom 24. November 2017 objektivierbare oder reproduzierbare Ausfälle nachgewiesen wurden, und selbst bei Annahme einer Traumatisierung im Bereich der HWS die Beschwerden des Beschwerdeführers ein halbes Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit den Vor- und Begleiterkrankungen des Beschwerdeführers zu erklären sind. Die vom Beschwerdeführer aus somatischer Sicht geklagten Beschwerden sind folglich als nicht unfallkausal anzusehen.

7. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht mit Einspracheentscheid vom 26. Mai 2021 per 30. April 2021 verneint hat. Damit ist der Einspracheentscheid vom 26. Mai 2021 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 5

Kontusion Os coccygis Weiter führte Dr. med. D.____ aus, bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung stünden vor allem die neurologischen Beeinträchtigungen bei vermuteter Myelonkontusion im Vordergrund. Die Beschwerden seien zwar deutlich gebessert, es persistierten jedoch Sensibilitätsstörungen im Bereiche der Hände und Füsse. Schmerzmittel würden nur noch in Reserve bei Beschwerden eingenommen. Die Beweglichkeit der HWS sei eingeschränkt. Im Bereiche der linken Schulter sei die Beweglichkeit im Vergleich zur Gegenseite leicht vermindert bei Überkopfbewegungen. Zusätzlich werde über Beschwerden bei langem Sitzen im Bereiche des Os coccygis geklagt. Obwohl in der MRI-Untersuchung sich das Myelon ohne Hinweise für Kontusion darstelle, sei aufgrund der Anamnese und dem Beschwerdeverlauf von einer

Myelonkontusion bei vorbestehender relativer Spinalkanalstenose aufgrund von degenerativen Wirbelsäulenveränderungen auszugehen. Der Verlauf sei insgesamt sehr erfreulich, so dass sich die anfangs bestandenen ausgedehnten Sensibilitätsstörungen wieder weitgehend zurückgebildet hätten. Die Befunde seien linksseitig etwas stärker akzentuiert als rechts. Eine neurologische Standortbestimmung habe aber offenbar bislang noch nicht stattgefunden. Aus kreisärztlicher Sicht wäre eine solche wünschenswert. Was die Kontusion der linken Schulter betreffe, so habe diese zu einem Impingement geführt. Im MRI stelle sich die Supraspinatussehne tendinopathisch dar. Eine Teilläsion sei ansatznah zu vermuten. Zusätzlich bestehe eine Typ II Konfiguration des Acromions, welche den subacromialen Raum einschränke und eine Impingementsymptomatik begünstige. Die Veränderungen im Bereiche der LWS und des Beckens zeigten keine unfallbedingten strukturellen Veränderungen, jedoch zum Teil ankylosierende Spondylosen. Diese Veränderungen seien klar unfallfremd. Somit sei in diesem Bereich von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines unfallfremden, vorbestehenden Zustandes auszugehen. Eine traumatische Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes in der Wirbelsäule sei in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens ab einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. Bei aktuell noch bestehender Beschwerdesymptomatik sei der Status quo sine in diesem Bereich wohl noch nicht erreicht. Aktuell könne die Zumutbarkeit wie folgt definiert werden: Zumutbar seien mindestens leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten von maximal 5 kg, ausnahmsweise bis 10 kg, vorzugsweise wechselnd belastend ohne mehrstündiges Sitzen oder Stehen am Stück und mit der Möglichkeit zwischendurch umherzugehen. Nicht zumutbar seien belastete Überkopftätigkeiten mit dem linken Arm. Ebenso nicht zumutbar seien repetitive monotone Tätigkeiten mit Manipulieren von Gegenständen von mehr als 2,5 kg mit der rechten und linken Hand. Zumutbar seien hingegen feinmotorische Tätigkeiten mit der rechten Hand. Feinmotorische Tätigkeiten mit der linken Hand seien wohl aufgrund der noch bestehenden mittelgradigen Sensibilitätsstörungen nicht längere Zeit zumutbar. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei dem Beschwerdeführer prinzipiell eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz empfehle sich eine stufenweise Belastungssteigerung beginnend mit einer 50%igen Abwesenheit am Arbeitsplatz. 5.7 Auf Empfehlung des Kreisarztes Dr. med. D.____ veranlasste die Beschwerdegegnerin eine neurologische Untersuchung bei Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie. Seinem Bericht vom 23. August 2018 (Suva-Nr. 88) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: St. n. Velounfall am 24. November 2017 - Aktuell keine sicheren neurologischen Residuen nachweisbar Weiter führte Dr. med. E.____ aus, die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung ergebe durchaus etwas diskrepante Befunde, die Kraft werde am linken Arm diffus etwas vermindert ausgeführt, Nasenstüber- und Fromentzeichen seien aber beidseits normal, die Zweipunktgediskrimination sei auch am rechten Kleinfinger und an der ganzen linken Hand schwer abnorm. Auffällig sei auch die Diskrepanz zwischen dem normalen Vibrationssinn malleolär und dem aufgehobenen Lagesinn der Grosszehen beidseits, im Kontrast hierzu seien aber Stand und Gang inklusive Rombergversuch normal. Die Ulnarisneurographie rechts falle normal aus, so dass hier keine peripher-neurogene Läsion den angegebenen Parästhesien an den ulnaren zwei Fingern der rechten Hand zugrunde liege. Es gehe hier bekanntlich um die Frage einer allfälligen Myelokontusion im Rahmen des Velosturzes, diese Diagnose erscheine ihm zweifelhaft, insbesondere, weil eine Myelopathie im MRI der HWS nicht beschrieben worden sei. Eine Myelopathie mit so ausgeprägten und so lange anhaltenden Defiziten nach

dem Unfall ohne Nachweis einer Läsion im MRI sei seines Erachtens ungewöhnlich. Auch sei in diesem Zusammenhang das Fehlen einer relevanten Parese im gesamten Verlauf als durchaus ungewöhnlich einzustufen. Im anamnestischen Verlauf bestünden zahlreiche Unklarheiten wie beispielsweise die Angabe des Beschwerdeführers, wonach er drei Tage hospitalisiert worden sei, im aktenmässigen Verlauf der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. Juli 2018 sei aber lediglich eine ambulante Untersuchung auf der Notfallstation des F.____ dokumentiert worden. In dieser Situation bestünden seines Erachtens somit etliche Diskrepanzen, so dass die medizinische Problematik aus neurologischer Sicht zurzeit noch nicht abschliessend beurteilt werden könne, insbesondere im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit. In dieser Situation empfehle er, dass die Akten überprüft würden beispielsweise im Hinblick auf eine Hospitalisation. Es erscheine ihm auch sinnvoll, die MRI-Bilder der HWS nochmals genau durchzugehen im Hinblick auf eine allfällige traumatisch bedingte Myelopathie. Zur Objektivierung der geklagten Sensibilitätsstörungen könnten somatosensibel evozierte Potenziale des Nervus ulnaris und des Nervus tibialis beidseits durchgeführt werden beispielsweise an der Neurologischen Klinik des J.____ in [...]. Das im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung definierte Zumutbarkeitsprofil erscheine aus neurologischer Sicht durchaus sinnvoll und nachvollziehbar. Gerne nehme er zur konkreten neurologischen Diagnose und Prognose näher Stellung, wenn die oben genannten Zusatzuntersuchungen und Unterlagen vorhanden seien.

5.8 Nach Rücksprache mit dem Kreisarzt Dr. med. D.____ (Suva-Nr. 96; 113) beauftragte die Beschwerdegegnerin die Neurologische Klinik des Spitals J.____ mit der neurologischen Untersuchung zur Messung von somatosensiblen evozierten Potenzialen des Nervus ulnaris und Nervus tibialis beidseits zur Objektivierung der vom Beschwerdeführerin beklagten Sensibilitätsstörung (Suva-Nr. 119). Sodann beauftragte die Beschwerdegegnerin die Radiologie des Spitals J.____ mit der Beurteilung der MRI-Bilder der HWS/BWS des Spitals F.____ vom 19. Dezember 2017 mit der Frage nach Nachweis einer traumatisch bedingten Myelopathie (Suva-Nr. 120).

5.8.1 Am 31. Januar 2019 fand im Neurozentrum des Spitals J.____ ein fachärztliches Konsilium (durchgeführt von Dres. med. K.____ und L.____) statt (Suva-Nr. 132). Dabei sollte die Frage geklärt werden, ob eine traumatisch bedingte Myelopathie nachgewiesen werden könne. Diesbezüglich wurde dargelegt, dass, soweit in der vorliegenden Untersuchung beurteilbar, kein Hinweis für eine Myelopathie bestehe. Auch seien keine Frakturen vorhanden. Es bestünden unspezifische Signalalterationen im Myelon in nur einer Schicht, am ehesten einem Artefakt entsprechend. Falls eine explizite Beurteilung der Blutablagerungen bei stattgehabter Blutung im Myelon / im Spinalkanal erwünscht sei, würden gegebenenfalls ergänzende spinale SWI-Sequenzen empfohlen. Sodann seien multisegmentale degenerative Veränderungen mit Kompression/Reizung der Nervenwurzel sowie relativen bis absoluten Spinalkanalstenosen nachzuweisen.

5.8.2 Die Ulnaris-SSEP-Untersuchung im Spital J.____ vom 11. März 2019 habe ergeben (Suva-Nr. 127 S. 1), dass die vom N. ulnaris aus somatosensibel evozierten Potenziale beidseits kortikal latenzverzögert und ausserdem dekonfiguriert (pathologisch) seien. Die Amplitude der kortikalen Reizantwort sei bei Stimulation links im Seitenvergleich vermindert. Die Reizantwort am Erb'schen Punkt sei am ehesten technisch bedingt nicht erhältlich. Es werde eine neurochirurgische Vorstellung empfohlen. Die gleichentags durchgeführte Tibialis-SSEP (Suva-Nr. 127 S. 2) habe ergeben, dass die somatosensorisch evozierten Potentiale des N. tibialis betont bei Stimulation links, aber latenzverzögert seien. Der Primärkomplex sei bei Stimulation links deutlich dekonfiguriert (pathologisch). Die lumbale Reizantwort sei bei Stimulation beidseits am ehesten technisch bedingt nicht

erhältlich. Zusammengefasst würden sowohl die Befunde der Ulnaris- als auch der Tibialis-SSEP für ein zentrales Leitungsdefizit der sensiblen Bahnen sprechen. Ein Zusammenhang mit der zervikalen Spinalkanalstenose sei wahrscheinlich, weswegen eine neurochirurgische Evaluation empfohlen werde.

E. 5.9

5.9.1 Die am 13. Mai 2019 durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS im Spital F.____ (Suva-Nr. 147 S. 4 f.) hat ergeben, dass eine grosse mediolateral gelegene Diskushernie L5/S1 mit Kompression und Verdrängung des Duralsacks und der Wurzel S1 links, eine degenerativ bedingte Spinalkanalstenose L 4/5 sowie nach rechts foraminal gerichtete Hernie dieses Segments vorlägen. Sodann wurde der Befund einer Chondrose L 2/3 und einer ebenfalls nach rechts foraminal gerichteten Hernienbildung erhoben.

5.9.2 Die MRI-Untersuchung der Wirbelsäule vom 15. Mai 2019 im Spital F.____ (Suva-Nr. 147 S. 2 f.) hat ergeben, dass das Alignment der abgebildeten Wirbelkörper erhalten sei. Es liege keine frakturverdächtige Wirbelkörperhöhenminderung vor. Die Bandscheibenflächen seien etwas eingengt bei Osteochondrose in multiplen Segmenten, im Segment HWK 5/6 aktiviert mit leichtem Knochenmarködem an den Abschlussplatten. Im Bereich von HWK 3/4 bis HWK 6/7 sei der Spinalkanal in allen Segmenten eingengt durch Diskusprotrusionen, Verdickung des Ligamentums longitudinale und der Ligamenta flava. Am meisten sei die Stenosierung im Segment HWK 6/7 ausgeprägt. Es lägen multiple neuroforaminale Einengungen durch Diskusprotrusionen und Spondylophyten vor, am meisten im Segment HWK 5/6 und HWK 6/7 beidseits ausgeprägt. Es seien jedoch praktisch alle Neuroforamina betroffen. Es zeigten sich keine pathologische Signalanhebung des Myelons hinweisend auf eine kompressionsbedingte Myelopathie. Im Vergleich mit der Voruntersuchung habe sich keine wesentliche Befundänderung gezeigt.

5.10 Am 28. Mai 2019 erging der Sprechstundenbericht vom 16. Mai 2019 der Wirbelsäulenchirurgie des Spitals F.____ (Suva-Nr. 145) mit folgenden Diagnosen: 1. Velounfall durch Anstoss eines Autos am 24. November 2017 2. HWS-Distorsion mit wahrscheinlich Myelonkontusion bei oben genanntem Unfall 3. Schulterkontusion, Beckenkontusion und LWS-Kontusion 4. Intraforaminale Diskushernie L5/S1 links Weiter wurde ausgeführt, es handle sich um eine geplante klinische Verlaufskontrolle nach durchgeführter MR-Tomographie der LWS und der HWS. Der Beschwerdeführer berichte über eine unveränderte Beschwerdesituation mit Kribbelparästhesien in den Händen und den Füßen sowie deutlichen Verspannungsgefühlen, welche bereits nach kurzen Gehstrecken aggravierten, sowohl in den Händen als auch in den Beinen. Insgesamt bestehe eine dezente Hyposensibilität auf der linken Seite im Vergleich zur Gegenseite. Eine Physiotherapie werde aktuell nicht durchgeführt. MR-tomographisch lasse sich eine grosse Diskushernie auf Höhe L5/S1 abgrenzen, hier fehlten jedoch klinische eindeutige Symptome wie eine Radikulopathie oder höhergradige Schwäche der Fussanker. Auf Höhe der HWS zeige sich die bekannte Spinalkanalstenose, wobei jedoch auch hier keine eindeutig passenden Beschwerden vorlägen. Es würden regelmässige Kontrollen empfohlen. Sollte eine Verschlechterung mit Zeichen für eine Myelopathie auftreten, würde dem Beschwerdeführer eine zeitnahe operative Therapie empfohlen. Aktuell würden die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden als Residuen nach Myelonkontusion bewertet.

5.11 Am 10. Juli 2019 nahm der beratende Neurologe der Haftpflichtversicherung M.____, Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie, Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Suva-Nr. 175). Er führte aus, eine (unfallbedingte) Myelopathie liege nicht vor. Er verweise auf die bildgebenden Abklärungen. Auch die neurologische

SSEP-Untersuchung habe keine Hinweise auf eine Myelopathie gezeigt, wobei hier eine sog. Eingangskontrolle gefehlt habe. Aufgrund des anatomisch bedingten unfallfremden engen Spinalkanals hätten sich nach dem Unfall die beschriebenen Beschwerden / Symptome manifestiert. Eine vorübergehende Unfallkausalität sei deshalb überwiegend wahrscheinlich anzunehmen. Spätestens ein Jahr nach dem Ereignis seien die Beschwerden nicht mehr überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall bedingt/erklärbar und der Status quo sine/ante sei erreicht. 5.12 Am 1. Oktober 2019 berichtete Dr. med. O.____, Oberärztin Medizin, Spital F.____, über die ambulanten medizinischen Konsultationen vom 22. August sowie 27. September 2019 (Suva-Nr. 172). Folgende Diagnosen lassen sich ihrem Bericht entnehmen: · Parästhesien sowie belastungsabhängige Myalgien obere Extremität beidseits unklarer Ätiologie - DD im Rahmen Diagnose 2 - 21. August 2018 ENGM (Dr. med. E.____): Die sensomotorische Ulnarisneurographie rechts ist normal - 11. März 2019: Tibialis- und Ulnaris-SSEP (J.____): Die somatosensorisch evozierten Potentiale des N. tibialis sind betont bei Stimulation links, aber beidseits latenzverzögert. Der Primärkomplex ist bei Stimulation links deutlich dekonfiguriert. Die vom N. ulnaris aus somatosensibel evozierten Potentiale sind beidseits kortikal latenzverzögert und ausserdem dekonfiguriert. Die Befunde sprechen für ein zentrales Leitungsdefizit der sensiblen Bahnen. Ein Zusammenhang mit der zervikalen Spinalkanalstenose ist wahrscheinlich. · Zervikale Spinalkanalstenose - 15. Mai 2019 MR Wirbelsäule: Im Bereich von HWK 3/4 bis HWK 6/7 ist der Spinalkanal in allen Segmenten eingengt durch Diskusprotrusionen, Verdickung des Ligamentums longitudinale und der Ligamenta flava; am ausgeprägtesten im Segment HWK 6/7. Multiple neuroforaminale Einengungen durch Diskusprotrusionen und Spondylophyten, am meisten im Segment HWK 5/6 und HWK 6/7. Keine Hinweise für kompressionsbedingte Myelopathie. · Velounfall durch Anstoss eines Autos 24. November 2017 mit/bei: - HWS-Distorsion mit Verdacht auf Myelonkontusion bei peripherer Sensibilitätsstörung (Behandlung durch Dr. med. H.____) - Schulter-Becken- und LWS-Kontusion · Perniziöse Anämie ED 2015 - November 2015: Hb 70 g/l, MCV 119 fl, MCH 42 pg, Lc 8.3, Tc 197 G/l; LDH 5'409 U/l; aktives Vitamin B12 <5.0 pmol/l, Anti-Intrinsic-Faktor 128 U Transfusion von 2 EK - (...) - 14. November 2015 Beginn der Substitutionsbehandlung - 1. März 2017 Vitamin B12 235, Holotranscobalamin 53.4 pmol/l, Methylmalonsäure 287 nmol/l (Referenzbereich < 271), Homocystein 12.5 µmol/l (Referenzbereich < 15) -

E. 5.16

Schliesslich holte die Beschwerdegegnerin am 9. März 2021 eine abschliessende neurologische Beurteilung von Dr. med. C.____, Suva Versicherungsmedizin, ein (Suva-Nr. 242). Dr. med. C.____ führte aus, die Einschätzungen und Beurteilungen des (von der behandelnden Einrichtung Spital F.____ unabhängigen) Neurologen Dr. med. E.____ in der eigenen neurologischen Beurteilung der umfangreichen vorliegenden medizinischen Dokumente und Bildgebungen seien in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Es sei festzustellen, dass beim Beschwerdeführer – bei Vorliegen von Vorerkrankungen an degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und einer perniziösen Anämie (mit Symptomen einer funikulären Myelose) – kein Nachweis einer namhaften strukturellen (organischen) und unfallkausalen Schädigung des gesamten untersuchten Hals-/Rückenmarks zu erkennen sei. Selbst bei hypothetischer Annahme, dass im Rahmen des Unfalls vom 24. November 2017 eine namhafte Traumatisierung im Bereich der HWS stattgefunden haben sollte, könne diese unfallbedingte Körperschädigung – bei Fehlen von nachweisbaren strukturellen Körperschädigungen – Schmerzen, Beschwerden und subjektive Symptome lediglich für

den Zeitraum von drei Monaten nach dem Unfall erklären; unter Berücksichtigung der Vorerkrankungen im Bereich der HWS für höchstens sechs Monate. Die Ausführungen und Einschätzungen des Oberarztes der Neurologie des Spitals F.____, Dr. med. P.____, im «Neurologischen Sprechstundenbericht vom 27. Dezember 2019» würden diese versicherungsmedizinische Beurteilung nicht zu ändern vermögen. Es werde von Dr. med. P.____ fehlerhafterweise angenommen, dass die pathologischen Resultate der SSEP-Untersuchung im Spital J.____ für eine unfallbedingte Rückenmarkspathologie sprechen würden. Es sei jedoch medizinisch-wissenschaftlich dokumentiert, dass auffällige Befunde bei der Messung der SSEP im Allgemeinen keinen Rückschluss auf die Ursache dieser Veränderungen zulassen würden. In der verkürzten Zusammenfassung sei festzustellen, dass beim Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfall vom 24. November 2017 objektivierbare und reproduzierbare neurologischen Ausfälle nachgewiesen worden seien und zu keinem Zeitpunkt nach diesem Unfall eine – überwiegend wahrscheinlich unfallkausale – strukturelle (organische) Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems dargestellt worden sei. Selbst bei Annahme einer Traumatisierung im Bereich der HWS im Rahmen dieses Unfalls seien die Beschwerden und Symptome des Beschwerdeführers spätestens ein halbes Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit den aktenkundigen Vor- und Begleiterkrankungen des Beschwerdeführers zu erklären. Da auf neurologischem Gebiet bereits ein halbes Jahr nach dem Unfall vom 24. November 2017 eine Abheilung von unfallkausalen Beschwerden zu postulieren sei und da aus kreisärztlicher Perspektive spätestens ein Jahr nach diesem Unfall Beschwerden und Symptome nicht mehr als wahrscheinlich unfallkausal eingeschätzt worden seien, könne spätestens ein Jahr nach diesem Unfall ein sogenannter «administrativer Fallabschluss» erfolgen. Auf neurologischem Fachgebiet sei beim Beschwerdeführer keine namhafte und dauerhafte (bleibende) Gesundheitsschädigung als Folge des Unfalls vom 25. November 2017 (recte: 24. November 2017) feststellbar. Entsprechend den vorliegenden Dokumenten sei eine solche auch nicht von kreisärztlicher Seite festgestellt worden.

6. Die Beschwerdegegnerin verneint ihre Leistungspflicht unter Berufung auf den fehlenden Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 24. November 2017 und den geklagten Beschwerden. Ihren Einspracheentscheid vom 26. Mai 2021 stützt sie im Wesentlichen auf die neurologische Beurteilung von Dr. med. C.____, Suva-Versicherungsmedizin, vom 9. März 2021 (vgl. E. II. 5.16 hiervor) ab, weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Die neurologische Beurteilung von Dr. med. C.____ vom 9. März 2021 geht davon aus, dass beim Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfall vom 24. November 2017 objektivierbare oder reproduzierbare neurologische Ausfälle nachgewiesen worden seien und zu keinem Zeitpunkt nach diesem Unfall eine – überwiegend wahrscheinlich unfallkausale – strukturelle (organische) Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems dargestellt worden sei. Selbst bei Annahme einer Traumatisierung im Bereich der HWS im Rahmen dieses Unfalls seien die Beschwerden und Symptome des Beschwerdeführers ein halbes Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit den aktenkundigen Vor- und Begleiterkrankungen des Beschwerdeführers zu erklären (vgl. E. II. 5.16 hiervor). Dr. med. C.____ setzt sich in seiner Beurteilung eingehend mit den Vorakten sowie den bildgebenden Befunden auseinander und begründet seine Schlussfolgerungen überzeugend. Wie nachfolgend dargelegt, ergibt diese Beurteilung zusammen mit den Untersuchungsergebnissen der behandelnden Ärzte des Spitals F.____ sowie den eingeholten Berichten von Dr. med. E.____ eine überzeugende Beweisgrundlage in Bezug auf die Unfallkausalität. So stellt Dr. med. C.____ einleitend fest,

die erst mit einiger Latenz zum Unfall vom 24. November 2017 bei der Unfallversicherung eingegangenen Dokumente zu Vor- und Begleit-Erkrankungen des Beschwerdeführers würden das Vorliegen eines im Jahre 2015 diagnostizierten Vitamin B12-Mangels mit den klinischen Folgen in Form einer perniziösen Anämie und sensorischen Symptomen wie bei einer funikulären Myelose (Auswirkungen des Vitamin-Mangels auf die Blutbildung und auf das Rückenmark) beschreiben. Entsprechend den vorliegenden Dokumenten hätten sich die Sensibilitätsstörungen, welche zur Diagnose des Vitamin B12-Mangels geführt hätten, nach der Substitution dieses Vitamins nicht vollständig zurückgebildet. Es seien daher zum Zeitpunkt des Unfalls vom 24. November 2017 Residuen einer früheren krankheitsbedingten Schädigung des Rückenmarkes anzunehmen. Sodann führte Dr. med. C.____ aus, in den ambulanten Abklärungen im Spital F.____ nach dem Unfall vom 24. November 2017, bei welchem der Beschwerdeführer als Fahrradfahrer von einem Personenwagen touchiert worden und gestürzt sei, hätten sich weder Hinweise auf eine stattgehabte Gehirnerschütterung (Commotio cerebri, aktuelle Bezeichnung: MTBI/LTHV) gefunden, noch hätten objektivierbare und reproduzierbare Ausfälle im klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund erhoben werden können. Da der Beschwerdeführer bei der ersten und bei der Nachuntersuchung (29. November 2017) Beschwerden im HWS-Bereich geklagt und Sensibilitätsstörungen berichtet habe, sei eine computertomographische (CT-) Diagnostik des Kopfes und der Halswirbelsäule (HWS) erfolgt. Die aktuelle neurologische Beurteilung dieser CT-Untersuchungen in Bezug auf traumatische Schädigungen oder Einblutungen im Bereich der dargestellten Strukturen des zentralen Nervensystems (ZNS) bestätige den fachärztlich-radiologischen Befund von fehlenden Zeichen traumatischer Schädigungen bzw. Einblutungen im Bereich der HWS. Neurologisch beurteilt sei es gerechtfertigt, dass – auf der Basis der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu Symptomen und unter Berücksichtigung des klinischen Untersuchungsbefundes – die deskriptive Diagnose eines «traumatischen Cervikal-Syndroms mit Blockierung nach links» gestellt worden sei. Die Tatsache, dass im erstbehandelnden Spital F.____ darauf verzichtet worden sei, einen Erfassungsbogen für «Beschleunigungsverletzungen der HWS» auszufüllen, weise darauf hin, dass beim Beschwerdeführer keine schwerwiegende HWS-Distorsion angenommen worden sei. In Bezug auf den vom Beschwerdeführer angegebenen Sturz auf die linke Schulter (bei Verneinung eines Kopfanpralls) sei im erstbehandelnden Spital zunächst die Diagnose einer «Supraspinatus-Zerrung links» gestellt, in der ambulanten Nachuntersuchung am 29. November 2017 sei diese Diagnose in einen «Status nach Schulter-Kontusion links» geändert und es sei erstmals die Diagnose einer «Kontusion Flanke/gluteal» gestellt worden. Im Rahmen der kernspintomographischen (MR-) Diagnostik am 19. Dezember 2017 seien namhafte traumatische Schädigungen im Bereich der HWS und unfallbedingte Schädigungen im Bereich des Hirnstammes und des Halsmarkes ausgeschlossen worden. Die neurologische Beurteilung dieser Aufnahmen und der erneuten MR-Diagnostik der HWS am 15. Mai 2019 liessen ebenfalls keine radiologischen Zeichen einer traumatischen Schädigung oder einer durch eine traumatische Einblutung verursachten Schädigung der dargestellten neuronalen Strukturen erkennen. Diese unauffälligen Befunde im Bereich des dargestellten Halsmarkes schliessen eine zuvor stattgefundene (unfallbedingte) «Commotio spinalis» («Erschütterung» des Hals-/ Rückenmarks) nicht aus. Die Symptome und Befunde zeitnah zum Unfall vom 24. November 2017 würden jedoch nicht auf eine stattgehabte «Contusio spinalis» hinweisen. Eine strukturelle traumatische Schädigung des Hals-/Rückenmarkes, welche als «Contusio spinalis» (bzw. «Myelon-Kontusion»)

bezeichnet werde, gehe einerseits mit objektivierbaren und reproduzierbaren Ausfällen im klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund und andererseits mit kernspintomographisch (MR-diagnostisch) nachweisbaren Schädigungszeichen einher. Beide genannten Kriterien würden im Falle des Unfalls des Beschwerdeführers nicht zutreffen. Neurologisch beurteilt sei der klinische Schweregrad einer möglichen HWS-Distorsion in einen «Whiplash-associated Disorder» (WAD) II einzuordnen; es seien beim Beschwerdeführer keine reproduzierbaren oder objektivierbaren unfallbedingten klinisch-neurologischen Ausfälle beschrieben worden. Für eine umfassende Abklärung möglicher neurologischer Unfallfolgen sei es folgerichtig gewesen, dass von Seiten der Unfallversicherung eine Untersuchung bei dem – von dem behandelnden Krankenhaus unabhängigen – Neurologen Dr. med. E. ___ für den 21. August 2018 angemeldet worden sei. Es seien für diese konsiliarische Untersuchung jedoch keine Befunde zu Vor- und Begleiterkrankungen und keine der bisher durchgeführten medizinischen Bildgebungen vorgelegt worden. Der Neurologe Dr. med. E. ___ habe in seinem Untersuchungsbericht mehrere Inkonsistenzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers zur Anamnese und zu den Beschwerden und den objektivierbaren Untersuchungsbefunden beschrieben. Es sei von Dr. med. E. ___ das Vorliegen einer «Myelon-Kontusion» (im Sinne einer Contusio spinalis) angezweifelt worden. Da Dr. med. E. ___ die Vorerkrankung an einer perniziösen Anämie (mit Symptomen einer funikulären Myelose) nicht bekannt gewesen sei (und dies offensichtlich vom Beschwerdeführer auch nicht berichtet worden sei), sei von Dr. med. E. ___ eine auswärtige Untersuchung zur Objektivierung der Angaben von Sensibilitätsstörungen in Form von «somato-sensibel evozierten Potenzialen» (SSEP) vorgeschlagen worden. Im Rahmen dieser Messung der SSEP (durch elektrische Stimulation im Bereich des Nervus ulnaris und des Nervus tibialis beidseits) am 11. März 2019 im Spital J. ___ sei den Untersuchenden ebenfalls nicht bekannt gewesen, dass beim Beschwerdeführer seit dem Jahre 2015 eine Erkrankung mit Auswirkung auf das Rückenmark, mit Verursachung von Sensibilitätsstörungen im Bereich der Extremitäten, vorgelegen sei. Daher sei aufgrund der pathologischen Befunde der gemessenen SSEP postuliert worden, dass ein Zusammenhang mit der zervikalen Spinalkanal-Stenose wahrscheinlich sei. Wegen den fehlenden Befunden zur Krankheitsvorgeschichte des Beschwerdeführers bei den abklärenden medizinischen Einrichtungen und wegen den offensichtlich mangelhaften Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Vorerkrankungen seien erneute MR-Bildgebungen im Bereich der Wirbelsäule (HWS) und eine ambulante wirbelsäulenchirurgische Abklärung erfolgt. Nachdem im Rahmen dieser Abklärungen weiterhin keine objektiven Zeichen für eine (krankheits- oder unfallbedingte) operationsbedürftige Schädigung des Hals-/Rückenmarkes (Myelons) gefunden worden seien, sei am 18. November 2019 eine erneute ambulante neurologische Untersuchung und Beurteilung bei Dr. med. E. ___ erfolgt. Dieser sei unter Auswertung der nunmehr vollständig vorliegenden Dokumente und Bildgebungen zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer eine namhafte strukturelle (organische) und unfallkausale Schädigung im Bereich des Myelons (Hals- / Rückenmarkes) nicht nachweisbar sei. Versicherungsmedizinisch beurteilt sei ebenfalls nachvollziehbar, dass Dr. med. E. ___ am 18. November 2019 zu der Einschätzung gelangt sei, die weiterhin geklagten Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten seien dementsprechend nur möglicherweise auf den Unfall vom 24. November 2017 zurückzuführen. Die bloße Möglichkeit, dass sich etwas auf eine bestimmte Weise zugetragen hat, entspricht indes nicht dem sozialversicherungsrechtlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_242/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2). Weiter legt Dr. med.

C.____ dar, dass selbst bei Annahme einer Traumatisierung im Bereich der HWS im Rahmen dieses Unfalles die Beschwerden und Symptome des Beschwerdeführers spätestens ein halbes Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit den aktenkundigen Vor- und Begleiterkrankungen des Beschwerdeführers zu erklären seien (Suva-Nr. 242 S 10). Hier ist zu beachten, dass 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

E. 8

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

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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 Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_44/2022 vom 10. März 2022 nicht ein.

E. 10

April 2018 Wiederbeginn mit einer intensivierten Vitamin B12-Substitution: wöchentlich insgesamt 4 x bis Mitte Mai, seither monatlich - (...) · Eisenmangel ohne Anämie - (...) · Kolonpolypose, ED 2018 - (...) · Vitamin D-Mangel - (...) · Metabolisches Syndrom - (...) Weiter führte Dr. med. O.____ aus, die seit dem Velounfall von November 2017 persistierenden Parästhesien im Bereich der oberen und unteren Extremität beidseits zeigten einen fluktuierenden Verlauf. Es persistierten jedoch die seit einer ENMG-Untersuchung aufgetretenen belastungsabhängigen Muskelverspannungen und Muskelschmerzen, die eine Steigerung der Arbeitsunfähigkeit verunmöglichten. Eine Untersuchung mit

somatosensorisch evozierten Potentialen des Nervus tibialis und Nervus ulnaris im J. ____ habe Hinweise für ein zentrales Leitungsdefizit der sensiblen Bahnen ergeben, wo ein Zusammenhang der zervikalen Spinalkanalstenose postuliert worden sei. Das MRI von Mai 2019 habe bei Nachweis einer multisegmentalen Einengung des Spinalkanals jedoch keine Zeichen einer kompressionsbedingten Myelopathie ergeben. Somit bleibe die Ätiologie der Beschwerden unklar, so dass sie die Kollegen der Neurologie um eine erneute Beurteilung bitte. Von Seiten der bekannten arteriellen Hypertonie sei gemäss Heimmessungen von einer guten Einstellung auszugehen, während die Praxismessungen, bedingt durch die bekannte Weisskittelkomponente, stets hypertensive Werte ergäben. Erfreulicherweise sei es dem Beschwerdeführer gelungen, durch eine Ernährungsumstellung neun Kilogramm an Gewicht abzunehmen. Bei bekannter Kolonpolypose seien im Juli 2019 erneut drei Kolonpolypen abgetragen worden, mit histologischem Nachweis von tubulären Adenomen mit niedriggradiger Epitheldysplasie nebst einem hyperplastischen Polypen. Eine Re-Kolonoskopie sei bereits in zwei Jahren wieder empfohlen.

5.13 Nach erneuter Rücksprache mit dem Kreisarzt Dr. med. D. ____ (Suva-Nr. 146) holte die Beschwerdegegnerin nochmals eine Stellungnahme des Neurologen Dr. med. E. ____ ein. In seinem Bericht vom 21. November 2019 (Suva-Nr. 176) führte Dr. med. E. ____ aus, zusammenfassend präsentiere sich beim Beschwerdeführer aktuell ein weitgehend unverändertes Beschwerdebild im Vergleich zu seiner Voruntersuchung vom August 2018, auch die klinisch-neurologische Untersuchung falle weitgehend unverändert aus. Zwischenzeitlich seien einige Zusatzuntersuchungen durchgeführt worden wie beispielsweise die neuroradiologische Beurteilung der MRI-Bilder der HWS vom 19. Dezember 2017 am J. ____ . Hierbei werde bestätigt, dass eine Myelopathie nicht festgestellt werden könne. Die somatosensibel evozierten Potenziale des Nervus tibialis und des Nervus ulnaris beidseits am J. ____ vom März dieses Jahres bestätigten eine zentrale sensible Leitungsstörung linksbetont. Wichtig und interessant erscheine insbesondere der Bericht des Medizinischen Ambulatoriums am F. ____ vom April diesen Jahres. Hierbei werde die Diagnose einer perniziösen Anämie seit 2015 erwähnt, welche Dr. med. E. ____ zuvor nicht bekannt gewesen sei. Diese Diagnose sei insofern von Bedeutung, weil der Vitamin B12 Mangel in Form der funikulären Myelose bekanntermassen zu Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten führen könne, welche sich auch nach Substitution nicht vollständig zurückbilden müsse. Die MRI-Verlaufsuntersuchung der Halswirbelsäule vom Mai 2019 zeige einen unveränderten Befund im Vergleich zum Dezember 2017, auch hierbei könne eine Myelopathie nicht nachgewiesen werden. Der Beschwerdeführer selber weise heute im Verlauf des Gespräches darauf hin, dass die Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten erst seit dem Unfall vom November 2017 vorhanden seien und nicht bereits vorgängig im Rahmen der Diagnosestellung des Vitamin B12 Mangels im Jahr 2015. Dieser Hinweis werde subjektiv und anamnestisch sicherlich zutreffen, in Bezug auf die Unfallkausalität müsse in diesem Zusammenhang natürlich festgehalten werden, dass das Prinzip des post hoc ergo propter hoc in der Beurteilung der Unfallkausalität durchaus nicht immer zutreffen. Die Tatsache, dass die Sensibilitätsstörungen erst nach dem Unfall vom November 2017 aufgetreten seien, bewiese deren Unfallkausalität somit noch nicht ausreichend. Auch wenn die angegebenen Sensibilitätsstörungen links weiterhin klinisch nicht eindeutig objektiviert werden könnten, insbesondere, weil begleitende motorische Befunde fehlten beziehungsweise nicht konkordant seien mit den etwas rechtsbetont auslösbaren Beinreflexen, so hätten die somatosensibel evozierten Potenziale an den Armen und Beinen doch eine linksbetonte sensible zentralnervöse Störung dokumentieren können.

Dementsprechend stelle sich die Frage nach der Ätiologie dieser Sensibilitätsstörung, diese könne seines Erachtens durchaus im Rahmen des Vitamin B12 Mangels interpretiert werden. Differentialdiagnostisch sei eine traumatisch bedingte Myelopathie oder auch eine degenerativ bedingte Myelopathie möglich, wenngleich diese in den MRI-Untersuchungen der HWS vom Dezember 2017 und vom Mai 2019 nicht zur Darstellung komme.

Dementsprechend seien die weiterhin geklagten Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten nur möglicherweise auf den Unfall vom 24. November 2017 zurückzuführen. Unabhängig von der genauen Ätiologie der linksbetonten Sensibilitätsstörungen begründeten diese aus neurologischer Sicht zurzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten, in der aktuell ausgeübten Arbeit sei der Beschwerdeführer dadurch jedenfalls nicht beeinträchtigt, diese werde zurzeit mit einem 50%igen Pensum ohne Leistungseinschränkung ausgeübt. Dementsprechend könne diese Arbeit aus neurologischer Sicht zu 100 % zugemutet werden ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Daher könne Dr. med. E.____ dem Zumutbarkeitsprofil gemäss der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. Juli 2018 durchaus zustimmen, aus neurologischer Sicht habe sich die Arbeitsfähigkeit zwischenzeitlich aber noch weiter verbessert. Wegen der degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule sollten lediglich sturzgefährdete Tätigkeiten wie beispielsweise auf Leitern oder Gerüsten vermieden werden, diese stünden beim Beschwerdeführer aber ohnehin nicht zur Diskussion. Aus neurologischer Sicht seien zurzeit keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen erforderlich. Die Prognose der Sensibilitätsstörungen sei nicht ganz klar abzuschätzen, weil die Ätiologie unklar sei. Unter der Annahme eines Vitamin B12 Mangels sei die Prognose durchaus günstig, weil dieses Vitamin mittlerweile substituiert werde. Die Rückbildung der neurologischen Beschwerden nach einem Vitamin B12 Mangel müsse aber, wie gesagt, nicht vollständig erfolgen. Für den möglichen unfallkausalen Anteil an den Sensibilitätsstörungen linksbetont sei die Prognose sicherlich günstig einzustufen. Die degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule würden aber wahrscheinlich in Zukunft noch weiter zunehmen.

5.14 Am 28. November 2019 nahm der Kreisarzt Dr. med. D.____ abschliessend Stellung zum medizinischen Sachverhalt bzw. zur Frage der Unfallkausalität der aktuell bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 179). Er führte aus, wie der Neurologe Dr. med. E.____ in seiner ausführlichen Beurteilung vom 18. November 2019 festhalte, seien die vom Beschwerdeführer noch beklagten Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 24. November 2017 zurückzuführen. Offenbar sei beim Beschwerdeführer bereits seit längerem ein Vitamin B12 Mangel bekannt, welcher trotz Substitution weiterbestanden habe. Die vom Beschwerdeführer beklagte neuropathische Symptomatik sei mit Folgen eines Vitamin B12 Mangels gut erklärbar. Bei zudem fehlendem Nachweis einer traumatisch bedingten Myelopathie in der ausgedehnten Bildgebung sei somit die noch beklagte Symptomatik nicht überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt. Auch der beratende Neurologe der Haftpflichtversicherung M.____, Dr. med. N.____, gehe davon aus, dass spätestens ein Jahr nach dem Unfall die Beschwerden nicht mehr mit dem Ereignis erklärt werden könnten. Da bereits wiederholt ausführliche neurologische Untersuchungen erfolgt seien, zuletzt am 22. August 2019 im Spital F.____, seien für die Beurteilung der Unfallkausalität keine zusätzlichen Untersuchungen erforderlich.

5.15 Nachdem die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 2. Dezember 2019 (Suva-Nr. 184) in Aussicht gestellt hatte, den Fall per 31. Dezember 2019 abzuschliessen und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abzulehnen, erhob der

Beschwerdeführer dagegen Einsprache (Suva-Nr. 196). Nach Eingang des Neurologischen Sprechstundenberichts von Dr. med. P.____, Oberarzt Neurologie, Spital F.____, vom 27. Dezember 2019 (Suva-Nr. 198), hiess die Beschwerdegegnerin die Einsprache gut, zog die Verfügung vom 2. Dezember 2019 mit Schreiben vom 6. Februar 2020 (Suva-Nr. 199) zurück und sprach dem Beschwerdeführer die Weiterausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen ab dem 1. Januar 2020 zu. Dr. med. P.____ stellte in seinem Neurologischen Sprechstundenbericht vom 27. Dezember 2019 (Suva-Nr. 198) die folgenden Diagnosen: 1. Zervikale Myelonkontusion im Rahmen eines Unfalls am 24. November 2017 (S14.10) - bei vorbestehender absoluter Spinalkanalstenose infolge degenerativer Veränderungen der Halswirbelsäule - mit partiell regredienten Sensibilitätsstörungen aller Extremitäten, sensibles Niveau sub C3 2. Schulterkontusion links und Beckenkontusion am 24. November 2017 Nebendiagnosen: 1. Substituierter Vitamin B12-Mangel, Erstdiagnose (perniziöse Anämie) Dezember 2015 2. Diskogene Kompression der S1-Wurzel links Weiter führte Dr. med. P.____ aus, die Zuweisung sei zur erneuten Beurteilung von nach einem Unfall aufgetretenen Parästhesien aller Extremitäten erfolgt. Im Vorfeld sei bereits durch die Beschwerdegegnerin eine Abklärung bei Dr. med. E.____ veranlasst worden, daneben lägen zahlreiche interne Sprechstundenberichte der Wirbelsäulen Chirurgie vor. Wie bereits die Kollegen der Wirbelsäulen Chirurgie in ihrer ersten Stellungnahme vom 16. Januar 2018 gehe er davon aus, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Sensibilitätsstörungen Folge einer Schädigung (Kontusion) des Halsmarks im Rahmen des Unfalls vom 24. November 2017 seien, wofür bei Personen mit einer vorbestehende Spinalkanalstenose (hier auf dem Boden degenerativer Veränderungen wie in den MR-Untersuchungen vom 19. Dezember 2017 und 15. Mai 2019 nachgewiesen) bereits ein geringfügiges Trauma ausreichen könne. Für eine Rückenmarkspathologie würden neben dem klinischen Befund eines sensiblen Niveaus auch die Resultate der somatosensibel evozierten Potenziale (11. März 2019 am J.____) sprechen, die – passend zu den angegebenen Beschwerden – beidseits, aber deutlicher links pathologisch ausgefallen seien. Eine operative Dekompression des zervikalen Myelons sei mit dem Beschwerdeführer bereits früher am J.____ besprochen worden, jedoch habe er sich unter anderem wegen einer möglicherweise zusätzlich eingeschränkten Beweglichkeit der Halswirbelsäule dagegen entschieden. Aktuell sehe Dr. med. P.____ bei weiter rückläufigen, rein sensiblen neurologischen Ausfällen keine Notwendigkeit, diese Entscheidung zu revidieren, doch sollte dies bei Erreichen eines Plateaus ohne weitere Symptombesserung nochmals evaluiert werden. Da subjektiv die Hypästhesie als Symptom im Vordergrund stehe, könne er zurzeit auch keine weiteren konservativen (medikamentösen) Massnahmen empfehlen. Auch wenn die Konsultation bei ihnen natürlich nicht primär unter einem gutachterlichen Blickwinkel erfolgt sei, erscheine für ihn der kausale Zusammenhang zwischen den Beschwerden des Beschwerdeführers und dem erwähnten Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben, da die Sensibilitätsstörungen – wie auch anhand der vorliegenden Berichte nachvollziehbar – kurz nach dem Unfall berichtet worden seien und elektrophysiologisch mit einer Funktionsstörung des zervikalen Myelons einhergingen, die eine plausible Unfallfolge sei. Eine Genese der Myelopathie im Rahmen eines Vitamin B12-Mangels (funikuläre Myelose) erkläre den Zeitpunkt und Dynamik des Auftretens der Beschwerden deutlich schlechter. Unabhängig von dieser ätiologischen Einordnung schein bei rückläufigen Beschwerden eine weitere schrittweise Steigerung des Arbeitspensums sinnvoll, wobei die durch Wegfall der Leistungen der Beschwerdegegnerin ab dem 31. Dezember 2019 vorgesehene Steigerung direkt auf 100 % seines Erachtens zu

rasch erfolge. Es seien keine weiteren Kontrollen vorgesehen.

E. 14

September 2011 E. 3.3 mit Hinweisen). Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin erfolgte per 30. April 2021 und somit mehr als über einem Jahr nach dem Unfallereignis. Dies lässt sich nicht beanstanden. 6.2 Gestützt auf die obigen Ausführungen kommt das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss, dass die Beurteilung von Dr. med. C.____ grundsätzlich beweiskräftig und der rechtserhebliche Sachverhalt genügend erstellt ist. 6.3 Der Beschwerdeführer erhebt zu Recht keine konkreten Einwände gegen die Beurteilung von Dr. med. C.____. Die von der Beurteilung von Dr. med. C.____ abweichende medizinische Einschätzung von Dr. med. P.____ überzeugt nicht. Insbesondere erscheint die Annahme von unfallkausalen Sensibilitätsstörungen vor dem Hintergrund der überzeugenden Ausführungen von Dr. med. C.____ sowie von Dr. med. E.____ als unwahrscheinlich. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Unfallkausalität besagt, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt worden sind und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251). Eine dementsprechend organisch objektiv ausgewiesene Unfallrestfolge liegt nicht vor. Dr. med. P.____ führt in seinem Bericht vom 27. Dezember 2019 aus, für eine Rückenmarkspathologie würden neben dem klinischen Befund eines sensiblen Niveaus auch die Resultate der somatosensibel evozierten Potenziale sprechen, die – passend zu den angegebenen Beschwerden – beidseits, aber deutlicher links pathologisch ausgefallen seien (Suva-Nr. 198). Diesbezüglich führte Dr. med. C.____ in seiner Beurteilung vom 9. März 2020 aus, es sei medizinisch-wissenschaftlich dokumentiert, dass auffällige Befunde bei der Messung der SSEP im Allgemeinen keinen Rückschluss auf die Ursache dieser Veränderungen zulassen würden (Suva-Nr. 242 S. 10), was durchaus plausibel erscheint. Sodann bedeutet der Umstand, dass die Sensibilitätsstörungen kurz nach dem Unfall berichtet worden seien (vgl. Bericht von Dr. med. P.____ vom 27. Dezember 2019; Suva-Nr. 198), für sich allein nicht, dass die Veränderung traumatischer Natur ist. Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Diesbezüglich erübrigen sich somit weitere Ausführungen. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb dem Bericht von Dr. med. P.____ auch deswegen weniger Beweiswert zuzumessen ist. 6.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Bericht von Dr. med. C.____ in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar ist. Es ist demnach gestützt darauf davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfall vom 24. November 2017 objektivierbare oder reproduzierbare Ausfälle nachgewiesen wurden, und selbst bei Annahme einer Traumatisierung im Bereich der HWS die Beschwerden des Beschwerdeführers ein halbes Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit den Vor- und Begleiterkrankungen des Beschwerdeführers zu erklären sind. Die vom Beschwerdeführer aus somatischer Sicht geklagten Beschwerden sind folglich als nicht unfallkausal anzusehen. 7. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht mit

Einspracheentscheid vom 26. Mai 2021 per 30. April 2021 verneint hat. Damit ist der Einspracheentscheid vom 26. Mai 2021 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 8.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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