

SO_GERICHTE VSBES.2021.159 vom 22. Juni 2022

SO Obergericht, 2022-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.159_d20220622

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.159 du 22 juin 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.159 del 22 giugno 2022

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 25. August 2021 aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen das Unfallereignis vom 27. Juni 2019 betreffend über die Einstellung per 31. März 2021 hinaus und bis auf Weiteres zuzusprechen und auszurichten.

E. 2

2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG, SR 832.20) 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen).

2.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter 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, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 f., je mit Hinweisen).

2.3 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 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 123 V 98

E. 3d S. 103 f., 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen).

2.4 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die 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 (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326, U 180/93, E. 3b). 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 359 E. 4a S. 360, 117 V 369 E. 3a S. 376; 115 V 133 E. 8b S. 142). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12, 8C_901/2009 E. 3.2 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2020 vom

E. 2.3

und 8C_151/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4 je mit Hinweisen). Basierend auf der vorstehenden Rechtsprechung erscheinen sowohl eine eigentliche Verursachung der Diskushernie ■ unabhängig ob durch einen Sturz verursacht oder nicht ■ sowie auch eine richtunggebende Verschlimmerung des Gesundheitszustands durch den Unfall aufgrund der fehlenden besonderen Schwere als sehr unwahrscheinlich. Der Vorfall ist nicht als von besonderer Schwere zu qualifizieren, hat der Beschwerdeführer doch erst zehn Tage danach einen Arzt aufsuchen müssen. Andererseits ist unverzüglich nach dem Unfall kein vertebrales oder radikuläres Syndrom aufgetreten. Erst nach zehn Tagen hat sich der Beschwerdeführer veranlasst gesehen, die interdisziplinäre Notfallstation des B.____ aufzusuchen. Des Weiteren ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine signifikante und somit dauernde Verschlimmerung einer vorbestanden degenerativen Schädigung der Wirbelsäule, hervorgerufen durch einen Unfall, nur dann bewiesen, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen aufgrund eines Traumas aufzeige, was vorliegend jedoch nicht der Fall ist. Nach der medizinischen Erfahrung vermögen eine einfache Kontusion oder Distorsion der Wirbelsäule, wie sie der Beschwerdeführer am 27. Juni 2019 erlitten hat, nicht zu Beeinträchtigungen zu führen, welche nach mehreren Monaten noch anhalten. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C_1009/2009 vom 4. Mai 2010 E. 3.1.1). Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass die bei degenerativem Vorzustand festgestellte Diskushernie durch das Ereignis vom 27. Juni 2019 aktiviert worden ist, wäre davon auszugehen, dass die vorübergehende

Verschlimmerung durch das im Zusammenhang mit dem Ereignis stehende Schmerzsyndrom nach drei bis vier Monaten abgeschlossen gewesen wäre. Im Falle einer solchen vorübergehenden Verschlimmerung bestünde eine Leistungspflicht der Unfallversicherung für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom, was praxisgemäss einer Leistungsdauer von drei bis vier Monaten entspräche.

Dr. med. D. ___ setzt sich in seiner Beurteilung eingehend mit den Vorakten sowie den (bildgebenden) Befunden auseinander. Letztere sind klar und lassen keinen Deutungsspielraum offen. In der MRT vom 16. Juli 2019 wurden degenerative und vorbestehende Veränderungen insbesondere L4/5 und L5/S1 festgestellt. Im MRT vom 21. September 2019 haben sich dann ein Sequester mit progredienter Kompression des Abgangs der L5 Wurzel links gezeigt. Dr. med. D. ___ gelangt zu schlüssigen Ergebnissen, die er in nachvollziehbarer Weise herleitet. Sein Bericht ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend. Dr. med. D. ___ setzt sich mit der Frage einer allfälligen Unfallkausalität auseinander und verneint diese mit Hinweis auf die medizinische Lehre wohlbegründet. Mit sorgfältiger und überzeugender Begründung gelangte er zum Schluss, dass die geklagten Beschwerden nicht (mehr) auf das Ereignis vom 27. Juli 2019 zurückzuführen sind. Seine Einschätzung ist daher grundsätzlich geeignet, eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung zu bilden.

6.

6.1 Da es sich bei der Beurteilung von Dr. med. D. ___ um eine versicherungsinterne Stellungnahme handelt, sind ergänzende Abklärungen bereits dann notwendig, wenn die übrige Aktenlage, insbesondere die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Feststellungen zu wecken vermögen (vgl. E. II. 2.6 hiervor). Nachfolgend ist zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten an der Einschätzung von Dr. med. D. ___ zumindest geringe Zweifel zu erwecken vermögen.

6.2 Dabei ist im Wesentlichen auf die Einschätzungen von Dr. med. E. ___ einzugehen.

Bereits die Gegenüberstellung der Ausführungen von Dr. med. D. ___ einerseits und Dr. med. E. ___ andererseits zeigt, dass Dr. med. D. ___ die Kausalität anhand verschiedener Umstände (wie dem Unfallverlauf und dem Verletzungsbild) verneinte. Demgegenüber beschränkt sich Dr. med. E. ___ im Wesentlichen auf die pauschale Aussage, die Verletzung sei unfallbedingt, ohne dafür aber eine eingehende, differenzierte und nachvollziehbare Begründung zu liefern. Sodann ist bezüglich des Einwandes von Dr. med. E. ___, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall keinerlei Schmerzen oder Beschwerden gehabt, wie sie nach dem Unfall aufgetreten seien, Folgendes festzuhalten: Nach ständiger Rechtsprechung kann die Formel «post hoc, ergo propter hoc» ■ nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist ■ nicht als Beweis betrachtet werden und erlaubt nicht, einen natürlichen Kausalzusammenhang mit der im Unfallversicherungsrecht geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb; Urteil des Bundesgerichts 8C_6/2009 vom 30. Juli 2009 E. 3). Aus dem Umstand alleine, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten des Heilverlaufs des Beschwerdeführers bisher übernommen hat, vermag sich nichts zu ihren Lasten abzuleiten. Auch wenn der

Unfallversicherer durch die Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld eine Leistungspflicht anerkannt hat, so darf er seine Leistungen ex nunc et pro futuro einstellen, wenn der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschaden dahingefallen ist, ohne dazu über einen Rückkommenstitel in Form einer Wiedererwägung oder einer prozessualen Revision verfügen zu müssen (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384; Urteil des Bundesgerichts 8C_22/2019 vom 24. September 2019 E. 3). Im Übrigen ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung darauf hinzuweisen, dass der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass der Hausarzt in der Regel in Zweifelfällen eher zu Gunsten seiner Patienten aussagt (BGE 124 I 170 E. 4 mit weiteren Hinweisen). Als Fazit ist somit festzuhalten, dass die übrigen medizinischen Akten am Beweiswert der Einschätzung des Versicherungsmediziners Dr. med. D.____ keine auch nur geringen Zweifel hervorzurufen vermögen.

7. Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es seien weitere Abklärungen zu tätigen, ist dieser Antrag abzuweisen, da von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. E. II. 2.7 hiavor).

8. Schliesslich bleibt zu erwähnen, dass rechtsprechungsgemäss davon ausgegangen wird, dass ein banaler bzw. leichter Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 115 V 133 E. 6.a). Vor diesem Hintergrund könnten auch die psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers nicht adäquat kausal auf das Ereignis vom 27. Juni 2019 zurückgeführt werden. Die Beschwerdegegnerin hat damit ihre Leistungspflicht (auch) für das psychische Leiden zu Recht verneint.

E. 2.5

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 2.6 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind weitere Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/ee S. 353). 2.7 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein

bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1 und 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis). 3. 3.1 Im Einspracheentscheid vom 25. August 2021 (A.S. 1 ff.) gelangte die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass spätestens per 31. März 2021 keine organischen Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten. Zwischen den geklagten Rückenbeschwerden und dem Ereignis vom 27. Juni 2019 bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang. Der Fall sei zu Unrecht übernommen worden. Sie stütze sich bei ihrem Entscheid im Wesentlichen auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, vom 10. März 2021 und vom 17. August 2021. Die Beschwerdegegnerin erwog im Wesentlichen, was folgt: Die auf den 10. Juli 2019 (also 13 Tage nach dem Unfallgeschehen) durch Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, datierte pathologische Spontanaktivität trete üblicherweise erst drei Wochen nach Denervation auf, sodass aufgrund dieses Befundes von einem Vorzustand auszugehen sei. Das geschilderte Unfallgeschehen («stoppen» einer beladenen Palette durch eine Torsionsfehlstellung) erscheine aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht überwiegend wahrscheinlich, um eine traumatische Bandscheibenläsion hervorzurufen. Dr. med. E.____ habe den klinischen Verlauf und die vorliegende Bilddiagnostik nicht berücksichtigt. Gegen eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehende Unfallfolge spreche, dass eine sequestrierte Diskushernie erst in der MRT der LWS vom 21. September 2019 nachgewiesen worden sei und in einer MRT vom 16. Juli 2019 nur degenerative Veränderungen bei breitbasiger Diskusprotrusion L4/5 bestanden hätten. Der klinische Verlauf habe nach initialer Besserung der Symptomatik nach Infiltration vom 24. September 2019 und erst später erneut zunehmender Schmerzsymptomatik, später auftretender zusätzlicher Fussenkerparese vom 27. September 2019 einhergehend mit den klaren bilddiagnostischen Befunden gezeigt. Mit sorgfältiger und überzeugender Begründung gelange der Versicherungsmediziner zum Schluss, dass die geklagten Rückenbeschwerden nicht (mehr) auf das Ereignis vom 27. Juni 2019 zurückzuführen seien. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer habe weiterarbeiten können und erst zehn Tage nach dem Ereignis einen Arzt aufgesucht habe, spreche eindeutig für die Einschätzung von Dr. med. D.____. Dem Versicherungsmediziner sei es gelungen, die Beurteilung von Dr. med. E.____ zu entkräften. Auch für psychisch bedingte Rückenbeschwerden bestehe keine Leistungspflicht, denn dem geltend gemachten Unfallereignis könne keine massgebende Bedeutung zugemessen werden, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Störungen des Beschwerdeführers verneint werden müsse. 3.2 Der Beschwerdeführer moniert in seiner Beschwerdeschrift (A.S. 16 ff.), an der versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. med. D.____ seien Zweifel angebracht. Zur Begründung lässt er zusammengefasst und im Wesentlichen Folgendes ausführen: Bei den Berichten von Dr. med. D.____ vom 10. März 2021 und vom 17. August 2021 handle es sich um reine Aktenbeurteilungen. Dr. med. D.____ gehe unzutreffend davon aus, dass die

Fusssenker-Parese erst später (27. September 2019) aufgetreten sei. Die Fusssenker- und Fussheberschwäche sei aber bereits kurz nach dem Unfall eingetreten. Mit Bericht vom 7. Juli 2019 habe das Spital B.____ festgehalten, dass der Zehen- und Hackenstand nicht möglich sei und sich eine Fussheber- und Fusssenkerschwäche zeige. Im Notfallbericht des Spitals B.____ vom 7. Juli 2019 sei festgestellt worden, dass der Beschwerdeführer ein Taubheitsgefühl im linken Bein habe und subjektiv eine Schwäche der Muskulatur fühle. Zudem sei unter Status Freitext «Fussheber links M3» festgehalten worden. Auch Dr. med. E.____ habe ausgeführt, dass bei seiner Untersuchung am 10. Juli 2020 eine Fussheber- und Fusssenker-Parese links festgestellt worden sei. Im Bericht von Dr. med. D.____ vom 17. August 2021 halte dieser fest, dass die von Dr. med. E.____ 13 Tage nach dem Unfall erwähnte Spontanaktivität (bzw. Fusssenker- und Fussheber-Parese) üblicherweise erst drei Wochen nach der Denervation auftrete, sodass aufgrund dieses Befundes von einem Vorzustand auszugehen sei. Weiter unten im Bericht werde dann festgehalten, dass die erst nach der Infiltration vom 24. September 2019 zusätzlich aufgetretene Fusssenker-Parese gegen eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehende Unfallfolge spreche. Die von Dr. med. D.____ in den Berichten vom 10. März 2021 und vom 17. August 2021 erwähnte Infiltration habe nicht am 24. September 2019, sondern am 24. Oktober 2019 stattgefunden (und damit nach der Operation vom 26. September 2019). Der Beschwerdeführer habe im Gespräch vom 24. Oktober 2019 zu Protokoll gegeben, dass er Schmerzmittel eingenommen und die Wunden mit Voltarensalbe behandelt habe. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer zuerst versucht habe, die Verletzung selbst zu behandeln, zeige bloss, dass er keineswegs auf Leistungen der Beschwerdegegnerin abgezielt habe. Dr. med. F.____ habe den Kausalzusammenhang nicht in Frage gestellt. Weshalb nach über eineinhalb Jahren der Versicherungsmediziner eine andere Meinung als sein Kollege vertrete, sei nicht nachvollziehbar. Dass der Beschwerdeführer von der Hebebühne gestützt sei, sei in zahlreichen Akten dokumentiert. Selbst wenn der Beschwerdeführer degenerative Veränderungen bei L 4/5 und L 5/S1 gehabt haben sollte, wäre es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht genau im Unfallzeitpunkt zu einer derartigen Verschlechterung des Zustandes gekommen. Vor dem Unfall habe der Beschwerdeführer keinerlei Rückenbeschwerden gehabt und sei bis dahin nie behandlungsbedürftig gewesen. Ohne den Unfall hätte der degenerative Vorzustand eventuell auch gar nie zu einem Bandscheibenvorfall und zu derartigen Beschwerden geführt. Der Unfall gelte zumindest hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts als *conditio sine qua non* und wirke demgemäss leistungsbegründend. Der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt und der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden. Zwecks Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowie zur Beantwortung der Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen Unfall und den heute noch bestehenden Beschwerden und die Implantation eines Rückenstimulators sei ein externes neurologisches Gutachten einzuholen. Sofern von keiner namhaften Besserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei, sei eine Rentenprüfung sowie eine Prüfung des Integritätsschadens vorzunehmen. 3.3 Die Beschwerdegegnerin entgegnet in ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 33 ff.) zusammengefasst und im Wesentlichen, was folgt: Es entspreche einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstünden und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht falle. Die ausnahmsweise Annahme einer Unfallkausalität setze voraus, dass der Unfall von besonderer Schwere und geeignet gewesen sei, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome

der Diskushernie – vertebrales oder radikuläres Syndrom – unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten seien. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer habe weiterarbeiten können und erst zehn Tage nach dem Ereignis einen Arzt aufgesucht habe, spreche eindeutig für die Einschätzung des Versicherungsmediziners. Sollte es durch das Ereignis vom 27. Juni 2019 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden Diskushernie gekommen sein, so wäre der status quo ante vel sine spätestens nach einem Jahr erreicht. Nach der medizinischen Erfahrung vermöge eine einfache Kontusion oder Distorsion der Wirbelsäule nicht zu Beeinträchtigungen zu führen, welche nach mehreren Monaten noch anhalten würden. Eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule sei in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. Wenn eine unfallbedingte richtungsgebende Verschlimmerung röntgenologisch nicht ausgewiesen sei, die Diskushernie also durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden sei, so könnten die Versicherungsleistungen selbst nach einem operativen Eingriff im Rahmen der Behandlung des unmittelbar im Zusammenhang stehenden Schmerzsyndroms eingestellt werden. Selbst wenn der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen wäre, wäre damit nicht erstellt, dass die Rückenbeschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien. Die Argumentation «post hoc ergo propter hoc» sei beweisrechtlich nicht zulässig. 4.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 27. Juni 2019 zu Recht per 31. März 2021 eingestellt hat. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

4.1 Im Notfallbericht vom 7. Juli 2019 (Suva-Nr. 20) stellte Dr. med. G.____, Spital B.____, zum einen die Diagnose Vd.a. Spinalkanalstenose und Wirbelsäulenverletzung bei St.n. Hebetauma am 27. Juni 2019 und zum andern diejenige Vd.a. Ellenbogentrauma am 27. Juni 2019 und führte Folgendes aus: Der Beschwerdeführer habe am 27. Juni 2019 auf der Arbeit eine schwere Palette teilweise gehoben. Gleichzeitig habe er starke Rückenschmerzen und Armschmerzen mit Taubheitsgefühl verspürt. Das linke Bein sei auch von teilweisem Taubheitsgefühl und subjektiver Schwäche der Muskulatur betroffen. Der Beschwerdeführer habe selbstständig Dafalgan eingenommen. LWS-Bereich druckdolent. Lasègue links positiv, Fussheber links M3, M. Quadriceps femoris links, M3-M4, Sphinktertonus unauffällig. Ellenbogen links aufgrund starker Schmerzen nicht untersuchbar. Armstrecken sehr schmerzhaft mit Kribbeln in Dig. 1 – 3 links. Haut intakt. 4.2 Im Bericht vom 7. Juli 2019 (Suva-Nr. 16) hielt Dr. med. H.____, Oberarzt Radiologie, Spital B.____, folgende Befunde und Beurteilungen fest: Indikation: 640 kg schweres Gerüst auf linke Seite am 27. Juni 2019. Persistierende Schmerzen, Lasègue positiv. Gefragt wurde nach einer Fraktur oder einer Luxation. Lendenwirbelsäule: Erhaltenes Alignment. Keine höhengeminderten Wirbelkörper. Keine Fraktur. Ellbogen links: Regelrechte Stellung. Keine Fraktur. Keine indirekten Frakturzeichen. Becken/Sacrum, Hüfte links: Regelrechte Stellung. Keine Fraktur. 4.3 Im Notfallbericht vom 7. Juli 2019 (Suva-Nr. 27) diagnostizierte Dr. med. I.____, Oberarzt, Spital B.____, eine Epicondylitis medialis links sowie einen Vd.a. Diskushernie L4/L5 und L5/S1. Ferner hielt er Folgendes fest: [...]Zuweisung bei Schmerzprogredienz nach Rotationstrauma. Der Beschwerdeführer berichte, dass er am 27. Juni 2019 beim Entladen des Lastwagens einen Palettenwagen mit 640 kg mit einer Rotationsbewegung gestoppt habe. Dabei sei es kurzzeitig zu einem einschliessenden Schmerz tieflumbal gekommen, welcher nach einer Karenz von 30 Minuten wieder zurückgekommen sei. Im Verlauf sei es zu progredienten

Rückenschmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung gekommen. Des Weiteren werde über Schmerzen am medialen Ellenbogen links mit Kribbelparästhesien im Ulnarisversorgungsgebiet berichtet. Die selbständige Behandlung mit Voltaren Crème habe keine Besserung ergeben. Der Beschwerdeführer habe nach dem Ereignis weitergearbeitet. Ellenbogen links: Integument unauffällig, keine Schwellung. Ausgeprägte Druckdolenz über dem Epicondylus humeri medialis. Stabiles Ellenbogengelenk bei Valgus- und Varusstress. Sensibilitätsminderung und Kribbeln im N. ulnaris Gebiet Dig. IV und V. Wirbelsäule: Integument unauffällig, Zehen- und Hackenstand nicht möglich, Fussheber und Senkerschwäche M3-M4, Klopfdolenz über LWK 4 und paravertebral links und leichter Hartspann. Lasègue rechts positiv. Sensibilitätsminderung L5 bis S1 Dermatome. Hüfte: Integument unauffällig, stabil, in alle Richtungen frei beweglich, ISG Gelenk unauffällig. 4.4 Im Bericht vom 16. Juli 2019 (Suva-Nr. 26) über die MRT der LWS und des ISG führte Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Radiologie, [...], Folgendes aus: Status nach Kontusion 27. Juni. Er erhob folgende Befunde: Normaler Conus medullaris. Altersentsprechend normale Intervertebralsegmente bis auf Höhe L2. L2/3: Wenig Knochenmarksödem in der ventralen Deckplatte LWK 3 bei im Übrigen normalem Intervertebralsegment. L3/4: Wenig Knochenmarksödem der ventralen Deckplatte. Chondrose mit Spondylose. Breitbasige zirkumferenzielle Diskusprotrusion. Im Übrigen normales Intervertebralsegment. L4/5: Chondrose. Mediane breitbasige Diskusprotrusion/subligamentäre Hernie mit einem rezessalen Hernienanteil links mit Kompression von L5 links und eingengter Nervenwurzel L5 rechts. Bilaterale Spondylarthrosen mit Reizzustand. Etwas rechtsseitiges Deckplattenödem LWK 5. Freie Foramina. L5/S1: Osteochondrose. Diskusprotrusion. Beginnende Degeneration der kleinen Wirbelgelenke. Extraforaminal spondylophytär angehobene Nervenwurzel L5 rechts und beginnend links. Im Übrigen normales Intervertebralsegment ohne Nervenwurzelkompression von S1 links. Normale ISG. In seiner Beurteilung hielt er fest, es lägen eine Chondrose L4/5 mit medianer subligamentärer Diskushernie mit einem links rezessalen begleitenden Hernienanteil mit Kompression von L5 links und Einengung von L5 rechts, eine beginnende Degeneration der kleinen Wirbelgelenke mit Reizzustand sowie eine zirkumferenzielle Diskusprotrusion vor. 4.5 Im Bericht vom 24. Juli 2019 (Suva-Nr. 72) über die MRT des linken Ellenbogens führte Dr. med. J.____ Folgendes aus: Status nach Unfall 27. Juni 2019. Traumatisierte Weichteile über dem Epikondylus ulnaris bei im Übrigen normalen MRT des linksseitigen Ellenbogengelenkes ohne Nachweis einer frakturverdächtigen Läsion oder einer Binnenläsion und mit normaler Darstellung des nervus ulnaris. 4.6 Im Sprechstundenbericht vom 6. August 2019 (Suva-Nr. 19) stellte Dr. med. K.____, Leitender Arzt, Spital B.____, dem Beschwerdeführer die Hauptdiagnose: Rezessale Diskushernie L4/5 links, aktivierte Spondylarthrose L4/5 links und führte Folgendes aus: Der Beschwerdeführer sei am 27. Juni 2019 beim Entladen eines LKWs von der Plattform gestürzt. Im weiteren Verlauf sei es zu ausgeprägten tieflumbalen Rückenschmerzen mit nun auch zunehmend Lumboischialgie links ausstrahlend gekommen. Der Beschwerdeführer gebe eine ausgeprägte Lumboischialgie links an. Trotz Schmerzmedikation sei keine relevante Besserung eingetreten. Es zeige sich ein schmerzgeplagter Patient, links hinkendes entlastendes Gangbild, die erschwerten Gangarten seien demonstrierbar, jedoch sei der Hackenstand links abgeschwächt. Bei der klinischen Untersuchung der Kraft im Liegen finde sich links für den Grosszehenheber und Fussheber ein Kraftgrad von M4-, möglicherweise auch deutliche Schmerzkomponente. Ansonsten sei die restliche Kennmuskulatur intakt M5. Es werde die Durchführung einer

gestützten epiduralen Infiltration auch des Facettengelenks L4/5 links empfohlen. 4.7 In seinem Bericht vom 26. August 2019 (Suva-Nr. 18) bestätigte Dr. med. K.____ die von ihm bereits am 6. August 2019 gestellten Diagnosen und führte aus, es sei eine komplikationslose BV-gestützte Facettengelenksinfiltration L4/5 links durchgeführt worden. 4.8 In einem undatierten Bericht (Suva-Nr. 22) hielt Dr. med. E.____ Folgendes fest: Invalidisierende Ischialgie L5 bei Diskushernie L 4/5 links, St. nach LWS-Kontusion 27. Juni 2019. 4.9 Im Sprechstundenbericht vom 18. September 2019 (Suva-Nr. 77) bestätigte Dr. med. K.____ die bereits am 6. August 2019 gestellten Hauptdiagnosen und führte Folgendes aus: Der Beschwerdeführer stelle sich zur geplanten Infiltrationstherapie vor. Nach der damals erfolgten Infiltrationstherapie habe eine deutliche Beschwerdeverbesserung erreicht werden können. Der Beschwerdeführer sei über 60 % beschwerdegebessert gewesen, die Ausstrahlungen in das Bein seien weg gewesen. Nun sei es jedoch zur Facettengelenksinfiltration gekommen. Seit zwei Wochen bestünden massive Progredienz der Schmerzsymptomatik und Exazerbationen. Unter Schmerzmedikation sei eine leichte Besserung der Schmerzsymptomatik eingetreten. Zusätzlich sei weiterhin das sensomotorische Defizit mit Fussheber- / Grosszehenheberparese links M3 – 4 vorliegend. Dem Beschwerdeführer sei eine Aktualisierung der Bildgebung mit der Frage einer Progredienz der bestehenden Diskushernie empfohlen worden. 4.10 Im Bericht vom 21. September 2019 (Suva-Nr. 44) über die MRI der LWS führte Dr. med. L.____, Leitende Ärztin, Spital B.____, Folgendes aus: Indikation: Nucleus pulposus Prolaps L4/L5 links, nun massive Progredienz, Fussheberparese. Befund: Externe Voraufnahmen vom 16. Juli 2019. Unverändert geringe Retrolisthesis LWK4 gegenüber LWK5. Kein umschriebenes Ödem. Fettmarkskonversion an den Abschlussplatten LWK3 bis SWK1. Regelrechtes Signalverhalten des Myelons. Kein Conustiefstand. LWK2/3: Keine Bandscheibenprotrusion oder Extrusion. Keine Foramen oder Spinalkanalstenose. LWK3/4: Minimale Bandscheibenprotrusion ohne Wurzelkontakt. Keine Foramen, keine Spinalkanalstenose. LWK4/5: Dehydratation der Bandscheibe. Bekannte Bandscheibenextrusion zirkulär mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 beidseits, mit progredient abgrenzbaren Bandscheibengewebe links rezessal. Hierdurch progrediente Pelottierung des Duralsacks von links ventral mit Verlagerung der Nervenwurzel L5 links und auch S1 links nach dorsal. Beidseitige Spondylarthrose. Keine Foramenstenose. Geringe Spinalkanalstenose. LWK5/SWK1: Vershmälertes Bandscheibenfach. Zirkuläre Bandscheibenprotrusion mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 beidseits. Beidseitige Spondylarthrose. Geringe linksseitige Foramenstenose. Keine Spinalkanalstenose. Beurteilung: Multisegmentale degenerative Veränderungen wie oben beschrieben.

E. 3

Eventualiter sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 25. August 2021 aufzuheben und es sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, ein neurologisches Gutachten bei einem unabhängigen Experten einzuholen und es sei nach Vorliegen dieses Gutachtens neu über den Leistungsanspruch zu entscheiden.

E. 4

März 2021 E. 3, SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen ungekürzt zu übernehmen, worunter auch die

Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante auch Anspruch auf eine zweckgemässe Behandlung (Urteil des Bundesgerichts 8C_423/2012 vom 26. Februar 2013 E. 3.2 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (a.a.O. E. 5.3 mit Hinweisen).

2.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind weitere Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/ee S. 353).

2.7 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1 und 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis).

3.

3.1 Im Einspracheentscheid vom 25. August 2021 (A.S. 1 ff.) gelangte die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass spätestens per 31. März 2021 keine organischen Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten. Zwischen den geklagten Rückenbeschwerden und dem Ereignis vom 27. Juni 2019 bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher

Kausalzusammenhang. Der Fall sei zu Unrecht übernommen worden. Sie stütze sich bei ihrem Entscheid im Wesentlichen auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, vom 10. März 2021 und vom 17. August 2021. Die Beschwerdegegnerin erwog im Wesentlichen, was folgt: Die auf den 10. Juli 2019 (also 13 Tage nach dem Unfallgeschehen) durch Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, datierte pathologische Spontanaktivität trete üblicherweise erst drei Wochen nach Denervation auf, sodass aufgrund dieses Befundes von einem Vorzustand auszugehen sei. Das geschilderte Unfallgeschehen («stoppen» einer beladenen Palette durch eine Torsionsfehlstellung) erscheine aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht überwiegend wahrscheinlich, um eine traumatische Bandscheibenläsion hervorzurufen. Dr. med. E.____ habe den klinischen Verlauf und die vorliegende Bilddiagnostik nicht berücksichtigt. Gegen eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehende Unfallfolge spreche, dass eine sequestrierte Diskushernie erst in der MRT der LWS vom 21. September 2019 nachgewiesen worden sei und in einer MRT vom 16. Juli 2019 nur degenerative Veränderungen bei breitbasiger Diskusprotrusion L4/5 bestanden hätten. Der klinische Verlauf habe nach initialer Besserung der Symptomatik nach Infiltration vom 24. September 2019 und erst später erneut zunehmender Schmerzsymptomatik, später auftretender zusätzlicher Fussennerparese vom 27. September 2019 einhergehend mit den klaren bilddiagnostischen Befunden gezeigt. Mit sorgfältiger und überzeugender Begründung gelange der Versicherungsmediziner zum Schluss, dass die geklagten Rückenbeschwerden nicht (mehr) auf das Ereignis vom 27. Juni 2019 zurückzuführen seien. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer habe weiterarbeiten können und erst zehn Tage nach dem Ereignis einen Arzt aufgesucht habe, spreche eindeutig für die Einschätzung von Dr. med. D.____. Dem Versicherungsmediziner sei es gelungen, die Beurteilung von Dr. med. E.____ zu entkräften. Auch für psychisch bedingte Rückenbeschwerden bestehe keine Leistungspflicht, denn dem geltend gemachten Unfallereignis könne keine massgebende Bedeutung zugemessen werden, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Störungen des Beschwerdeführers verneint werden müsse.

3.2 Der Beschwerdeführer moniert in seiner Beschwerdeschrift (A.S. 16 ff.), an der versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. med. D.____ seien Zweifel angebracht. Zur Begründung lässt er zusammengefasst und im Wesentlichen Folgendes ausführen: Bei den Berichten von Dr. med. D.____ vom 10. März 2021 und vom 17. August 2021 handle es sich um reine Aktenbeurteilungen. Dr. med. D.____ gehe unzutreffend davon aus, dass die Fussenner-Parese erst später (27. September 2019) aufgetreten sei. Die Fussenner- und Fussheberschwäche sei aber bereits kurz nach dem Unfall eingetreten. Mit Bericht vom 7. Juli 2019 habe das Spital B.____ festgehalten, dass der Zehen- und Hackenstand nicht möglich sei und sich eine Fussheber- und Fussennerschwäche zeige. Im Notfallbericht des Spitals B.____ vom 7. Juli 2019 sei festgestellt worden, dass der Beschwerdeführer ein Taubheitsgefühl im linken Bein habe und subjektiv eine Schwäche der Muskulatur fühle. Zudem sei unter Status Freitext «Fussheber links M3» festgehalten worden. Auch Dr. med. E.____ habe ausgeführt, dass bei seiner Untersuchung am 10. Juli 2020 eine Fussheber- und Fussenner-Parese links festgestellt worden sei. Im Bericht von Dr. med. D.____ vom 17. August 2021 halte dieser fest, dass die von Dr. med. E.____ 13 Tage nach dem Unfall erwähnte Spontanaktivität (bzw. Fussenner- und Fussheber-Parese) üblicherweise erst drei Wochen nach der Denervation auftrete, sodass aufgrund dieses Befundes von einem Vorzustand auszugehen sei. Weiter unten im Bericht werde dann festgehalten, dass die erst nach der Infiltration vom 24. September 2019 zusätzlich aufgetretene Fussenner-Parese

gegen eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehende Unfallfolge spreche. Die von Dr. med. D. ___ in den Berichten vom 10. März 2021 und vom 17. August 2021 erwähnte Infiltration habe nicht am 24. September 2019, sondern am 24. Oktober 2019 stattgefunden (und damit nach der Operation vom 26. September 2019). Der Beschwerdeführer habe im Gespräch vom 24. Oktober 2019 zu Protokoll gegeben, dass er Schmerzmittel eingenommen und die Wunden mit Voltarensalbe behandelt habe. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer zuerst versucht habe, die Verletzung selbst zu behandeln, zeige bloss, dass er keineswegs auf Leistungen der Beschwerdegegnerin abgezielt habe. Dr. med. F. ___ habe den Kausalzusammenhang nicht in Frage gestellt. Weshalb nach über eineinhalb Jahren der Versicherungsmediziner eine andere Meinung als sein Kollege vertrete, sei nicht nachvollziehbar. Dass der Beschwerdeführer von der Hebebühne gestützt sei, sei in zahlreichen Akten dokumentiert. Selbst wenn der Beschwerdeführer degenerative Veränderungen bei L 4/5 und L 5/S1 gehabt haben sollte, wäre es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht genau im Unfallzeitpunkt zu einer derartigen Verschlechterung des Zustandes gekommen. Vor dem Unfall habe der Beschwerdeführer keinerlei Rückenbeschwerden gehabt und sei bis dahin nie behandlungsbedürftig gewesen. Ohne den Unfall hätte der degenerative Vorzustand eventuell auch gar nie zu einem Bandscheibenvorfall und zu derartigen Beschwerden geführt. Der Unfall gelte zumindest hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts als *conditio sine qua non* und wirke demgemäss leistungsbegründend. Der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt und der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden. Zwecks Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowie zur Beantwortung der Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen Unfall und den heute noch bestehenden Beschwerden und die Implantation eines Rückenstimulators sei ein externes neurologisches Gutachten einzuholen. Sofern von keiner namhaften Besserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei, sei eine Rentenprüfung sowie eine Prüfung des Integritätsschadens vorzunehmen.

3.3 Die Beschwerdegegnerin entgegnet in ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 33 ff.) zusammengefasst und im Wesentlichen, was folgt: Es entspreche einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstünden und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht falle. Die ausnahmsweise Annahme einer Unfallkausalität setze voraus, dass der Unfall von besonderer Schwere und geeignet gewesen sei, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome der Diskushernie ■ vertebrales oder radikuläres Syndrom ■ unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten seien. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer habe weiterarbeiten können und erst zehn Tage nach dem Ereignis einen Arzt aufgesucht habe, spreche eindeutig für die Einschätzung des Versicherungsmediziners. Sollte es durch das Ereignis vom 27. Juni 2019 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden Diskushernie gekommen sein, so wäre der *status quo ante vel sine* spätestens nach einem Jahr erreicht. Nach der medizinischen Erfahrung vermöge eine einfache Kontusion oder Distorsion der Wirbelsäule nicht zu Beeinträchtigungen zu führen, welche nach mehreren Monaten noch anhalten würden. Eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule sei in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. Wenn eine unfallbedingte richtungsgebende Verschlimmerung röntgenologisch nicht ausgewiesen sei, die Diskushernie also durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden sei, so könnten die

Versicherungsleistungen selbst nach einem operativen Eingriff im Rahmen der Behandlung des unmittelbar im Zusammenhang stehenden Schmerzsyndroms eingestellt werden. Selbst wenn der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen wäre, wäre damit nicht erstellt, dass die Rückenbeschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien. Die Argumentation «post hoc ergo propter hoc» sei beweisrechtlich nicht zulässig.

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 27. Juni 2019 zu Recht per 31. März 2021 eingestellt hat. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

4.1 Im Notfallbericht vom 7. Juli 2019 (Suva-Nr. 20) stellte Dr. med. G.____, Spital B.____, zum einen die Diagnose Vd.a. Spinalkanalstenose und Wirbelsäulenverletzung bei St.n. Hebetrauma am 27. Juni 2019 und zum andern diejenige Vd.a. Ellenbogentrauma am 27. Juni 2019 und führte Folgendes aus: Der Beschwerdeführer habe am 27. Juni 2019 auf der Arbeit eine schwere Palette teilweise gehoben. Gleichzeitig habe er starke Rückenschmerzen und Armschmerzen mit Taubheitsgefühl verspürt. Das linke Bein sei auch von teilweisem Taubheitsgefühl und subjektiver Schwäche der Muskulatur betroffen. Der Beschwerdeführer habe selbstständig Dafalgan eingenommen. LWS-Bereich druckdolent. Lasègue links positiv, Fussheber links M3, M. Quadriceps femoris links, M3-M4, Sphinktertonus unauffällig. Ellenbogen links aufgrund starker Schmerzen nicht untersuchbar. Armstrecken sehr schmerzhaft mit Kribbeln in Dig. 1 ■ 3 links. Haut intakt.

4.2 Im Bericht vom 7. Juli 2019 (Suva-Nr. 16) hielt Dr. med. H.____, Oberarzt Radiologie, Spital B.____, folgende Befunde und Beurteilungen fest: Indikation: 640 kg schweres Gerüst auf linke Seite am 27. Juni 2019. Persistierende Schmerzen, Lasègue positiv. Gefragt wurde nach einer Fraktur oder einer Luxation. Lendenwirbelsäule: Erhaltenes Alignment. Keine höhengeminderten Wirbelkörper. Keine Fraktur. Ellbogen links: Regelrechte Stellung. Keine Fraktur. Keine indirekten Frakturzeichen. Becken/Sacrum, Hüfte links: Regelrechte Stellung. Keine Fraktur.

4.3 Im Notfallbericht vom 7. Juli 2019 (Suva-Nr. 27) diagnostizierte Dr. med. I.____, Oberarzt, Spital B.____, eine Epicondylitis medialis links sowie einen Vd.a. Diskushernie L4/L5 und L5/S1. Ferner hielt er Folgendes fest: [...]Zuweisung bei Schmerzprogredienz nach Rotationstrauma. Der Beschwerdeführer berichte, dass er am 27. Juni 2019 beim Entladen des Lastwagens einen Palettenwagen mit 640 kg mit einer Rotationsbewegung gestoppt habe. Dabei sei es kurzzeitig zu einem einschliessenden Schmerz tieflumbal gekommen, welcher nach einer Karenz von 30 Minuten wieder zurückgekommen sei. Im Verlauf sei es zu progredienten Rückenschmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung gekommen. Des Weiteren werde über Schmerzen am medialen Ellenbogen links mit Kribbelparästhesien im Ulnarisversorgungsgebiet berichtet. Die selbständige Behandlung mit Voltaren Crème habe keine Besserung ergeben. Der Beschwerdeführer habe nach dem Ereignis weitergearbeitet. Ellenbogen links: Integument unauffällig, keine Schwellung. Ausgeprägte Druckdolenz über dem Epicondylus humeri medialis. Stabiles Ellenbogengelenk bei Valgus- und Varusstress. Sensibilitätsminderung und Kribbeln im N. ulnaris Gebiet Dig. IV und V. Wirbelsäule: Integument unauffällig, Zehen- und Hackenstand nicht möglich, Fussheber und Senkerschwäche M3-M4, Klopfdolenz über LWK 4 und paravertebral links und leichter Hartspann. Lasègue rechts positiv. Sensibilitätsminderung L5 bis S1 Dermat. Hüfte: Integument unauffällig, stabil, in alle Richtungen frei beweglich, ISG Gelenk unauffällig.

4.4 Im Bericht vom 16. Juli 2019 (Suva-Nr. 26) über die MRT der LWS und des ISG führte Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Radiologie, [...], Folgendes aus: Status nach Kontusion 27. Juni. Er erhob folgende Befunde: Normaler Conus medullaris. Altersentsprechend normale Intervertebralsegmente bis auf Höhe L2. L2/3: Wenig Knochenmarksödem in der ventralen Deckplatte LWK 3 bei im Übrigen normalem Intervertebralsegment. L3/4: Wenig Knochenmarksödem der ventralen Deckplatte. Chondrose mit Spondylose. Breitbasige zirkumferenzielle Diskusprotrusion. Im Übrigen normales Intervertebralsegment. L4/5: Chondrose. Mediane breitbasige Diskusprotrusion/subligamentäre Hernie mit einem rezessalen Hernienanteil links mit Kompression von L5 links und eingengter Nervenwurzel L5 rechts. Bilaterale Spondylarthrosen mit Reizzustand. Etwas rechtsseitiges Deckplattenödem LWK 5. Freie Foramina. L5/S1: Osteochondrose. Diskusprotrusion. Beginnende Degeneration der kleinen Wirbelgelenke. Extraforaminal spondylophytär angehobene Nervenwurzel L5 rechts und beginnend links. Im Übrigen normales Intervertebralsegment ohne Nervenwurzelkompression von S1 links. Normale ISG. In seiner Beurteilung hielt er fest, es lägen eine Chondrose L4/5 mit medianer subligamentärer Diskushernie mit einem links rezessalen begleitenden Hernienanteil mit Kompression von L5 links und Einengung von L5 rechts, eine beginnende Degeneration der kleinen Wirbelgelenke mit Reizzustand sowie eine zirkumferenzielle Diskusprotrusion vor.

4.5 Im Bericht vom 24. Juli 2019 (Suva-Nr. 72) über die MRT des linken Ellenbogens führte Dr. med. J.____ Folgendes aus: Status nach Unfall 27. Juni 2019. Traumatisierte Weichteile über dem Epikondylus ulnaris bei im Übrigen normalen MRT des linksseitigen Ellenbogengelenkes ohne Nachweis einer frakturverdächtigen Läsion oder einer Binnenläsion und mit normaler Darstellung des nervus ulnaris.

4.6 Im Sprechstundenbericht vom 6. August 2019 (Suva-Nr. 19) stellte Dr. med. K.____, Leitender Arzt, Spital B.____, dem Beschwerdeführer die Hauptdiagnose: Rezessale Diskushernie L4/5 links, aktivierte Spondylarthrose L4/5 links und führte Folgendes aus: Der Beschwerdeführer sei am 27. Juni 2019 beim Entladen eines LKWs von der Plattform gestürzt. Im weiteren Verlauf sei es zu ausgeprägten tieflumbalen Rückenschmerzen mit nun auch zunehmend Lumboischialgie links ausstrahlend gekommen. Der Beschwerdeführer gebe eine ausgeprägte Lumboischialgie links an. Trotz Schmerzmedikation sei keine relevante Besserung eingetreten. Es zeige sich ein schmerzgeplagter Patient, links hinkendes entlastendes Gangbild, die erschwerten Gangarten seien demonstrierbar, jedoch sei der Hackenstand links abgeschwächt. Bei der klinischen Untersuchung der Kraft im Liegen finde sich links für den Grosszehenheber und Fussheber ein Kraftgrad von M4-, möglicherweise auch deutliche Schmerzkomponente. Ansonsten sei die restliche Kennmuskulatur intakt M5. Es werde die Durchführung einer gestützten epiduralen Infiltration auch des Facettengelenks L4/5 links empfohlen.

4.7 In seinem Bericht vom 26. August 2019 (Suva-Nr. 18) bestätigte Dr. med. K.____ die von ihm bereits am 6. August 2019 gestellten Diagnosen und führte aus, es sei eine komplikationslose BV-gestützte Facettengelenksinfiltration L4/5 links durchgeführt worden.

4.8 In einem undatierten Bericht (Suva-Nr. 22) hielt Dr. med. E.____ Folgendes fest: Invalidisierende Ischialgie L5 bei Diskushernie L 4/5 links, St. nach LWS-Kontusion 27. Juni 2019.

4.9 Im Sprechstundenbericht vom 18. September 2019 (Suva-Nr. 77) bestätigte Dr. med. K.____ die bereits am 6. August 2019 gestellten Hauptdiagnosen und führte Folgendes aus: Der Beschwerdeführer stelle sich zur geplanten Infiltrationstherapie vor. Nach der damals erfolgten Infiltrationstherapie habe eine deutliche Beschwerdebesserung erreicht werden können. Der Beschwerdeführer sei über 60 % beschwerdegebessert gewesen, die Ausstrahlungen in das Bein seien weggegangen. Nun sei es jedoch zur Facettengelenksinfiltration gekommen. Seit zwei Wochen bestünden massive Progredienz der Schmerzsymptomatik und Exazerbationen. Unter Schmerzmedikation sei eine leichte Besserung der Schmerzsymptomatik eingetreten. Zusätzlich sei weiterhin das sensomotorische Defizit mit Fussheber- / Grosszehenheberparese links M3 ■ 4 vorliegend. Dem Beschwerdeführer sei eine Aktualisierung der Bildgebung mit der Frage einer Progredienz der bestehen Diskushernie empfohlen worden.

4.10 Im Bericht vom 21. September 2019 (Suva-Nr. 44) über die MRI der LWS führte Dr. med. L.____, Leitende Ärztin, Spital B.____, Folgendes aus: Indikation: Nucleus pulposus Prolaps L4/L5 links, nun massive Progredienz, Fussheberparese. Befund: Externe Voraufnahmen vom 16. Juli 2019. Unverändert geringe Retrolisthesis LWK4 gegenüber LWK5. Kein umschriebenes Ödem. Fettmarkskonversion an den Abschlussplatten LWK3 bis SWK1. Regelrechtes Signalverhalten des Myelons. Kein Conustiefstand. LWK2/3: Keine Bandscheibenprotrusion oder Extrusion. Keine Foramen oder Spinalkanalstenose. LWK3/4: Minimale Bandscheibenprotrusion ohne Wurzelkontakt. Keine Foramen, keine Spinalkanalstenose. LWK4/5: Dehydratation der Bandscheibe. Bekannte Bandscheibenextrusion zirkulär mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 beidseits, mit progredient abgrenzbaren Bandscheibengewebe links rezessal. Hierdurch progrediente Pelottierung des Duralsacks von links ventral mit Verlagerung der Nervenwurzel L5 links und auch S1 links nach dorsal. Beidseitige Spondylarthrose. Keine Foramenstenose. Geringe Spinalkanalstenose. LWK5/SWK1: Verschmälertes Bandscheibenfach. Zirkuläre Bandscheibenprotrusion mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 beidseits. Beidseitige Spondylarthrose. Geringe linksseitige Foramenstenose. Keine Spinalkanalstenose. Beurteilung: Multisegmentale degenerative Veränderungen wie oben beschrieben.

E. 4.11

Im Sprechstundenbericht vom 25. September 2019 (Suva-Nr. 78) bestätigte Dr. med. K.____ die bereits gemachten Diagnosen und führte Folgendes aus: Der Beschwerdeführer berichte weiterhin über progrediente Lumboischialgien links ausstrahlend. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich hierbei im Vergleich zum Vorbefund von vor einer Woche eine Verschlechterung des motorischen Defizites mit Fussheber- und -senkerparese links M2, Grosszehen- und Zehenheberparese links M3-. Die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden sowie das motorische Defizit korrelierten mit der sequestrierten Diskushernie L4/5 links. Dem Beschwerdeführer werde eine zeitnahe operative Therapie empfohlen.

4.12 Im Operationsbericht vom 27. September 2019 (Suva-Nr. 52) stellte Dr. med. K.____ folgende Diagnosen: Grosse, nach kaudal sequestrierte Diskushernie L4/5 links bei aktivierter Spondylarthrose und Fusssenkerparese links M2-, Grosszehen- und Zehenheberparese links M3. Zur Indikation führte er Folgendes aus: Beim Beschwerdeführer bestehe eine therapieresistente, ausgeprägte Lumboischialgie links ausstrahlend. Zusätzlich fänden sich klinisch eine deutliche Fussenker- und -heberparese links, in der weitergehenden radiologischen Diagnostik die grosse, sequestrierte Diskushernie.

4.13 Im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2019 (Suva-Nr. 53) bestätigte Dr. med. K.____ die im Operationsbericht gestellten Diagnosen und führte Folgendes aus: Geplante stationäre Aufnahme des Beschwerdeführers zur Durchführung einer mikrochirurgischen Fenestration L4/5 und Sequestrektomie L4/5 von links (Casparretractor). Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die Erstmobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung sei problemlos gelungen. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen und leicht verbesserter peripherer Sensomotorik nach Hause entlassen werden können.

4.14 Im Bericht vom 10. Oktober 2019 (Suva-Nr. 50) über die MRI der LWS führte Dr. med. M.____, Leitender Arzt, Spital B.____, Folgendes aus: Zustand nach Sequesterektomie LWK4/5 links, gefragt werde nach einem Rezidiv. Er stellte folgenden Befund: Im Segment LWK4/5 zeige sich eine geringgradige Ventrolisthese mit einem Bulging der Bandscheibe mit Einriss des Anulus fibrosus links kaudal. Zustand nach Fensterungsoperation mit partieller knöcherner Resektion linksseitig mit konsekutiven postoperativen Veränderungen in Form von Flüssigkeitskolektionen in den Weichteilen und im hinteren Bogenbereich DD Hämatom mit ausgeprägtem Kontrastenhancement. Umschriebener kleiner Restprolapsbefund im dorsalen Bereich von LWK5 links lateral (max. 0,8 cm). Diffuses Kontrastenhancement im Bereich der Nervenwurzel L4 links. Inhomogene Verfettung der mitabgebildeten Wirbelkörper. Dringender Verdacht auf kleinen Restprolapsbefund im dorsalen Bereich von LWK5 links lateral.

4.15 Im Sprechstundenbericht vom 16. Oktober 2019 (Suva-Nr. 253 S. 16 f.) stellte Dr. med. K.____ folgende Hauptdiagnosen: 1. Zustand nach mikrochirurgischer Sequestrektomie L4/5 von links bei Fussheberparese links M2- nach Janda; 2. Erneut zunehmende lumboradikuläre Schmerzen links mit persistierender Fussheberparese M2 nach Janda. Danach führt er Folgendes aus: Der Beschwerdeführer sei am 24. (recte: 26.) September 2019 operiert worden bei bestehender Fussheberparese und Senkerschwäche M2-. Während des Verlaufes sei es nun wieder zu einer Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik gekommen. Die Parese habe sich nicht weiter verbessert. Hinweise für Kauda-Affektion würden nicht vorliegen. Keine Allgemeinsymptome. Es würden sich dorsal reizlose Narbenverhältnisse finden, keine Rötung oder Erwärmung. Das sensomotorische Defizit links sei unverändert wie zum präoperativen Befund M2-. Eine Verschlechterung sei nicht gegeben.

4.16 Im Infiltrationsbericht vom 25. Oktober 2019 (Suva-Nr. 76) stellte Dr. med. K.____ folgende Hauptdiagnosen: Persistierende Lumboischialgie links, ausstrahlend bei Zustand nach mikrochirurgischer Sequestrektomie L4/5 von links bei Fussheberparese links M2- nach Janda. Zum Verlauf führte er Folgendes aus: Es sei heute komplikationslos die BV-gestützte epidurale Infiltration erfolgt.

4.17 In der Stellungnahme des Kreisarztes der Suva Solothurn vom 14. November 2019 (Suva-Nr. 71) beantwortete Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, die Frage, ob der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt habe, welche objektivierbar seien, mit «ja». Die Frage, ob insbesondere der Schaden, der operiert worden sei, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 27. Juni 2019 zurückzuführen sei, beantwortete er mit «ja».

4.18 Im Sprechstundenbericht vom 22. November 2019 (Suva-Nr. 80) hielt Dr. med. K.____ Folgendes fest: Persistierende Beschwerden LWS links, ausstrahlend bei Zustand

nach mikrochirurgischer Sequestrektomie L4/5 von links bei Fussheberparese links M2-nach Janda. Geplante klinische Verlaufskontrolle zwei Wochen nach Infiltration. Der Beschwerdeführer berichte über eine 20%ige Besserung der Beschwerden von vor einer Woche, jetzt klage er über zunehmende Rückenschmerzen vor allem links. Keine Verschlechterung aber auch keine Verbesserung der Beschwerden. Der Beschwerdeführer präsentiere sich jetzt mit pseudoradikulären Beschwerden links. Es sei eine Facettengelenksinfiltration links für nächste Woche geplant.

E. 4.19

Im Infiltrationsbericht vom 25. November 2019 (Suva-Nr. 83) führte Dr. med. K.____ nach Bestätigung der Diagnose aus, es sei heute eine komplikationslose BV-geschützte Facettengelenksinfiltration L4/5 links erfolgt. Postinterventionell seien die Schmerzen rückläufig gewesen.

E. 4.20

Im Bericht vom 14. Dezember 2019 (Suva-Nr. 90) über die MRI der LWS hielt Dr. med. M.____ Folgendes fest: Zustand nach Sequestrektomie L4/5. Im Segment L4/5 zeige sich eine geringgradige Ventrolisthese mit einem Bulging der Bandscheibe mit Einriss des Anulus fibrosus links kaudal. Zustand nach Fensterungsoperation mit partieller knöcherner Resektion linksseitig mit konsekutiven postoperativen Veränderungen in Form von regredienten Flüssigkeitskolektionen und Hämatom in den dorsalen Weichteilen und im hinteren Bogenbereich. Kein Nachweis einer Rezidivhernie. Inhomogene Verfettung der mitabgebildeten Wirbelkörper.

E. 4.21

Im Sprechstundenbericht vom 19. Dezember 2019 (Suva-Nr. 99) stellte Dr. med. K.____ folgende Diagnosen:

Dr. med. K.____ führte Folgendes aus: Die Beschwerden seien unverändert, im Wesentlichen seien die Rückenschmerzen leicht gebessert, die Beinschmerzen nicht relevant. Nach den erfolgten Infiltrationen sowohl Periduralanästhesie als auch Facettengelenksinfiltration habe keine relevante Schmerzreduktion erreicht werden können. Da weder Infiltrationen eine Besserung erbracht hätten, noch die Physiotherapie eine weitergehende Stabilisierung habe erzielen können, werde die Vorstellung bei einem Schmerztherapeuten empfohlen.

E. 4.22

Im Bericht vom 5. März 2020 (Suva-Nr. 105) stellte Dr. med. N.____, FA FMH Int. Schmerztherapie, [...], folgende Diagnosen:

Beim Ausladen eines schweren Gewichts im Juni 2019 sei es zum Trauma gekommen und es habe sich eine Lumboischialgie linksseitig entwickelt. Anfänglich Infiltrationen und konservative Therapie, im Sommer habe sich eine Fussheber- und senkerparese linksseitig entwickelt. Es sei eine operative Sanierung durchgeführt worden. Postoperativ habe sich die Schmerzsituation nur unwesentlich geändert und der Beschwerdeführer verspüre weiterhin massive Schmerzen im lumbalen Bereich. Die Beschwerden seien vor allem bewegungs- und belastungsabhängig. Es würden auch konstante Ausstrahlungen vom linken Bein bis in den Fuss mit Taubheitsgefühl, Dysästhesie und Parästhesien bestehen. Seit der Operation habe sich die Kraft nur unwesentlich erholt. Die Infiltrationen seien durchgeführt worden, hätten keine wesentliche Schmerzreduktion gebracht. Der Beschwerdeführer habe physiotherapeutische Behandlung durchgeführt. In der letzten Zeit ebenfalls keine

Besserung der Situation. Die medikamentöse Therapie nehme der Beschwerdeführer wegen abdominalen Beschwerden sehr unregelmässig. Der Beschwerdeführer verspüre aktuell sehr starke Schmerzen. Bei der heutigen Untersuchung sei der Gang ohne Gehstock fast nicht durchführbar. Der Beschwerdeführer könne nur zwei bis drei Schritte hinkend links durchführen. Zehen- und Fersenstand linkseitig nicht durchführbar ■ ebenfalls Einbeinstand links nicht möglich. LWS-Beweglichkeit in allen Ebenen massiv schmerzbedingt eingeschränkt. Bei der Untersuchung im Liegen ausgeprägte Klopfdolenz in den distalen Segmenten, Druckdolenz linksseitig im Bereich der Operationsnarbe und im Bereich L5/S1, ISG linksseitig druckdolent, Lasègue fraglich bei 60 Grad linksseitig, deutliche Kraftverminderung in Bezug auf Fussheber und Fussheber linksseitig, ausgeprägte keinem Dermatome zuweisbare Sensibilitätsstörungen im gesamten linken Bein. Neuroradiologisch bestehe aktuell keine frische Neurokompression. Es handle sich um einen sehr ungünstigen Verlauf bei St. n. Diskushernienoperation mit immer noch persistierender Fussheberparese und Fussheberparese, Sensibilitätsstörungen und massive Lumboischialgie linksseitig. Da die Infiltrationen und die ambulante physiotherapeutische Behandlung keine wesentliche Schmerzreduktion gebracht habe, sei eine Hospitalisation für eine stationäre Rehabilitation in [...] unumgänglich.

4.23 In der Stellungnahme vom 11. März 2020 (Suva-Nr. 107) beantwortete Dr. med. F. ___ die Frage, ob unfallbedingt eine stationäre Behandlung in der C. ___ indiziert sei, mit «ja». Auf die Frage, ob unfallbedingt mit bleibenden Einschränkungen zu rechnen sei, führte er Folgendes aus: Das sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschliessend beurteilbar, zumal nicht das ganze Ausmass der geklagten Beschwerden mit dem Unfallereignis und den Folgen der durchgeführten Operation erklärt werden könne. Ferner bemerkte der Kreisarzt was folgt: Offenbar bislang sehr ungünstiger Verlauf nach Diskushernien-Operation nach sequestrierter Diskushernie mit Kompression L5 und S1 links und Fussheber- und Fussheberparese links. Persistierende Rückenbeschwerden. Bislang wenig Ansprechen auf Infiltrationen.

4.24 Im Austrittsbericht der C. ___ über den Aufenthalt vom 26. Mai 2020 bis 30. Juni 2020 (Suva-Nr. 146) wurden folgende Diagnosen gestellt:

St n. Epicondylitis medialis links

Sodann werden folgende Probleme beim Austritt festgestellt:

Im Austrittsbericht wurde Folgendes ausgeführt: Im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Nach dem Reha-Austritt seien aktuell keine spezifischen Massnahmen aus dem psychosomatischen Bereich indiziert. Es sei eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden. Diese sei teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Die berufliche Tätigkeit als Chauffeur für Möbeltransportfirma sei nicht zumutbar. Bezogen auf die bisherige Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine andere berufliche Tätigkeit sei ganztags möglich, wobei folgende Einschränkungen bestünden: LWS: Wechselbelastend (Stehen/Gehen am Stück bis max.

etwa 1 Stunde) ohne Tätigkeit in länger dauernd vorgeneigter und/oder verdrehter Rumpffposition. Es werde eine Abklärung hinsichtlich Durchführung von Eingliederungsmassnahmen empfohlen. Der Beschwerdeführer habe während des Reha-Aufenthaltes eine deprimiert-ängstliche, lustlose und von Zukunftssorgen und teilweise sozialem Rückzug gekennzeichnete gereizte Grundstimmung gezeigt. Er habe Schlafprobleme angegeben und es sei zu klagsamen ausgedehnten Schmerzschilderungen gekommen. Er habe jedoch Hoffnung und Humor, um eine berufliche Lösung in Zukunft zu finden. Insgesamt sei gegenwärtig eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion zu diagnostizieren. Somatische Beurteilung: Ungefähr ein Jahr nach Sturz von der Hebebühne mit Traumatisierung einer Diskushernie L4/L5 links mit Fussheber- und -senkerparese links, welche drei Monate nach Unfall operativ saniert worden sei, habe sich ein protrahierter Heilverlauf eingestellt mit persistierenden, teilweise invalidisierenden lumbalen Schmerzen und stark schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit der BWS und LWS in alle Richtungen. Bereits präoperativ habe ein sensomotorisches Ausfallssyndrom mit persistierender Fussheber- und Fussheberparese, Sensibilitätsstörungen und eine ausgeprägte Lumboischialgie links bestanden. Eine Verlaufskontrolle vom 5. Oktober 2019 habe eine Befundverschlechterung gezeigt, die eher auf eine spinale Ursache hinweisen würde. Bei fehlenden neuroradiologischen Zeichen einer Neurokompression sei man bei einer konservativen Vorgehensweise verblieben. Auch während des Rehabilitationsaufenthaltes hätten die Therapien und verschiedenste Anwendungen keinen Einfluss auf die Symptomatik gezeigt. Gesamthaft betrachtet könne man aufgrund der Diagnosen, klinischen und radiologischen Befunde die derzeit noch geltend gemachten Beschwerden und Funktionseinschränkungen im Bereiche der LWS zwar in ihrer Lokalisation, jedoch nicht in ihrer Intensität gänzlich erklären. Das Beschwerdebild dürfte im Rahmen einer mässigen Symptomausweitung, teilweise auf dem Boden der oben dargelegten psychischen und psychosozialen Problematik, überlagert sein.

4.25 Im Sprechstundenbericht vom 20. Juli 2020 (Suva-Nr. 147) bestätigte Dr. med. K. ___ die am 19. Dezember 2019 gestellten Diagnosen und führte Folgendes aus: Von den Massnahmen in der C. ___ habe der Beschwerdeführer etwa 30 % profitieren können, jedoch seien die ausgeprägten Schmerzen weiterhin im Wesentlichen unverändert, massivst einschliessend und plötzlich. Die Schmerzmedikation sei umgestellt worden. Ansonsten sei der Status unverändert zum letzten Kontrolltermin im Dezember, sowie auch nach der Vorstellung beim Schmerztherapeuten. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich weiterhin reizlose Narbenverhältnisse dorsal und eine weiterhin unverändert bestehende Fussheber- und Fussheber-Parese links gezeigt.

4.26 In den Berichten vom 31. Juli 2020 (Suva-Nrn. 160 und 229) über die MRI der LWS führte Dr. med. M. ___ Folgendes aus: Zustand nach Sequesterektomie LWK4/5. Im Segment LWK3/4 zeige sich eine breitbasige Diskusprotrusion. Im Segment LWK4/5 zeige sich ein geringgradiger Diskusprolaps mit Einriss des Anulus fibrosus links kaudal. Geringgradige Signalintensitätserhöhung insbesondere nach Kontrastmittelapplikation im rechts lateralen Deckplattenbereich von LWK5. Zustand nach Fensterungsoperation mit partieller knöcherner Resektion linksseitig mit konsekutiven postoperativen Veränderungen. Kein Nachweis einer Rezidivhernie. Im Segment LWK5/SWK1 zeige sich ein geringgradiger medialer Diskusprolaps. Inhomogene Verfettung der mitabgebildeten Wirbelkörper. Kein Anhalt für eine ödematös-entzündliche Veränderung im Bereich der ISG. Zustand nach Sequesterektomie. LWK4/5 links mit konsekutiven postoperativen

regredienten Veränderungen. Kein Anhalt für eine pathologische Höhenminderung eines Wirbelkörpers als Hinweis für eine Wirbelkörperfraktur. Osteochondrose im Segment LWK5/SWK1, grösserer Osteophyten im ventralen Deckplattenbereich von LWK4. Geringgradige Spondylarthrose in Segment LWK5/SWK1.

4.27 Im Sprechstundenbericht vom 7. August 2020 (Suva-Nr. 165) bestätigte Dr. med. K.____ die am 19. Dezember 2019 gestellten Diagnosen und führte Folgendes aus: Der Beschwerdeführer berichte weiterhin über unveränderte Beschwerdesymptomatik mit Lumboischialgien links, welche ausgeprägt vorhanden seien. Nach der erneuten radiologischen Diagnostik mittels MRI der LWS zeige sich hierbei der Zustand postoperativ, ohne Zeichen für ein Rezidiv oder eine Nervenkompression. Am ehesten handle es sich beim Beschwerdeführer um ein Postnukleotomie-Syndrom. Aus diesem Grund werde dem Beschwerdeführer die Vorstellung im O.____ in der Schmerzsprechstunde mit der Frage einer SCS-Implantation/Neuromodulation empfohlen.

4.28 In den Berichten vom

E. 5

Sensibilitätsstörung linke UE Im Austrittsbericht wurde Folgendes ausgeführt: Im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Nach dem Reha-Austritt seien aktuell keine spezifischen Massnahmen aus dem psychosomatischen Bereich indiziert. Es sei eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden. Diese sei teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Die berufliche Tätigkeit als Chauffeur für Möbeltransportfirma sei nicht zumutbar. Bezogen auf die bisherige Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine andere berufliche Tätigkeit sei ganztags möglich, wobei folgende Einschränkungen bestünden: LWS: Wechselbelastend (Stehen/Gehen am Stück bis max. etwa 1 Stunde) ohne Tätigkeit in länger dauernd vorgeneigter und/oder verdrehter Rumpfposition. Es werde eine Abklärung hinsichtlich Durchführung von Eingliederungsmassnahmen empfohlen. Der Beschwerdeführer habe während des Reha-Aufenthaltes eine deprimiert-ängstliche, lustlose und von Zukunftssorgen und teilweise sozialem Rückzug gekennzeichnete gereizte Grundstimmung gezeigt. Er habe Schlafprobleme angegeben und es sei zu klagsamen ausgedehnten Schmerzschilderungen gekommen. Er habe jedoch Hoffnung und Humor, um eine berufliche Lösung in Zukunft zu finden. Insgesamt sei gegenwärtig eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion zu diagnostizieren. Somatische Beurteilung: Ungefähr ein Jahr nach Sturz von der Hebebühne mit Traumatisierung einer Diskushernie L4/L5 links mit Fussheber- und -senkerparese links, welche drei Monate nach Unfall operativ saniert worden sei, habe sich ein protrahierter Heilverlauf eingestellt mit persistierenden, teilweise invalidisierenden lumbalen Schmerzen und stark schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit der BWS und LWS in alle Richtungen. Bereits präoperativ habe ein sensomotorisches Ausfallssyndrom mit persistierender Fussenker- und Fussheberparese, Sensibilitätsstörungen und eine ausgeprägte Lumboischialgie links bestanden. Eine Verlaufskontrolle vom 5. Oktober 2019 habe eine Befundverschlechterung gezeigt, die eher auf eine spinale Ursache hinweisen

würde. Bei fehlenden neuroradiologischen Zeichen einer Neurokompression sei man bei einer konservativen Vorgehensweise verblieben. Auch während des Rehabilitationsaufenthaltes hätten die Therapien und verschiedenste Anwendungen keinen Einfluss auf die Symptomatik gezeigt. Gesamthaft betrachtet könne man aufgrund der Diagnosen, klinischen und radiologischen Befunde die derzeit noch geltend gemachten Beschwerden und Funktionseinschränkungen im Bereiche der LWS zwar in ihrer Lokalisation, jedoch nicht in ihrer Intensität gänzlich erklären. Das Beschwerdebild dürfte im Rahmen einer mässigen Symptomausweitung, teilweise auf dem Boden der oben dargelegten psychischen und psychosozialen Problematik, überlagert sein. 4.25 Im Sprechstundenbericht vom 20. Juli 2020 (Suva-Nr. 147) bestätigte Dr. med. K.____ die am 19. Dezember 2019 gestellten Diagnosen und führte Folgendes aus: Von den Massnahmen in der C.____ habe der Beschwerdeführer etwa 30 % profitieren können, jedoch seien die ausgeprägten Schmerzen weiterhin im Wesentlichen unverändert, massivst einschliessend und plötzlich. Die Schmerzmedikation sei umgestellt worden. Ansonsten sei der Status unverändert zum letzten Kontrolltermin im Dezember, sowie auch nach der Vorstellung beim Schmerztherapeuten. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich weiterhin reizlose Narbenverhältnisse dorsal und eine weiterhin unverändert bestehende Fussheber- und Fussenner-Parese links gezeigt. 4.26 In den Berichten vom 31. Juli 2020 (Suva-Nrn. 160 und 229) über die MRI der LWS führte Dr. med. M.____ Folgendes aus: Zustand nach Sequesterektomie LWK4/5. Im Segment LWK3/4 zeige sich eine breitbasige Diskusprotrusion. Im Segment LWK4/5 zeige sich ein geringgradiger Diskusprolaps mit Einriss des Anulus fibrosus links kaudal. Geringgradige Signalintensitätserhöhung insbesondere nach Kontrastmittelapplikation im rechts lateralen Deckplattenbereich von LWK5. Zustand nach Fensterungsoperation mit partieller knöcherner Resektion linksseitig mit konsekutiven postoperativen Veränderungen. Kein Nachweis einer Rezidivhernie. Im Segment LWK5/SWK1 zeige sich ein geringgradiger medialer Diskusprolaps. Inhomogene Verfettung der mitabgebildeten Wirbelkörper. Kein Anhalt für eine ödematös-entzündliche Veränderung im Bereich der ISG. Zustand nach Sequesterektomie. LWK4/5 links mit konsekutiven postoperativen regredienten Veränderungen. Kein Anhalt für eine pathologische Höhenminderung eines Wirbelkörpers als Hinweis für eine Wirbelkörperfraktur. Osteochondrose im Segment LWK5/SWK1, grösserer Osteophyten im ventralen Deckplattenbereich von LWK4. Geringgradige Spondylarthrose in Segment LWK5/SWK1. 4.27 Im Sprechstundenbericht vom 7. August 2020 (Suva-Nr. 165) bestätigte Dr. med. K.____ die am 19. Dezember 2019 gestellten Diagnosen und führte Folgendes aus: Der Beschwerdeführer berichte weiterhin über unveränderte Beschwerdesymptomatik mit Lumboischialgien links, welche ausgeprägt vorhanden seien. Nach der erneuten radiologischen Diagnostik mittels MRI der LWS zeige sich hierbei der Zustand postoperativ, ohne Zeichen für ein Rezidiv oder eine Nervenkompression. Am ehesten handle es sich beim Beschwerdeführer um ein Postnukleotomie-Syndrom. Aus diesem Grund werde dem Beschwerdeführer die Vorstellung im O.____ in der Schmerzsprechstunde mit der Frage einer SCS-Implantation/Neuromodulation empfohlen. 4.28 In den Berichten vom

E. 7

September 2020 (Suva-Nr. 178) und vom 28. September 2020 (Suva-Nr. 171) stellte Dr. med. P.____, Oberärztin, O.____, folgende Diagnosen: Persistierendes lumboradikuläres Schmerz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 mit/bei: Status nach mikrochirurgischer Sequesterektomie LWK4/5 links bei Bandscheibenvorfall im Rahmen

eines Arbeitsunfalles Juni 2019. Danach führte sie Folgendes aus: Der Beschwerdeführer habe einen Arbeitsunfall erlitten, bei dem er von einer Hebebühne heruntergefallen sei. Davon habe er einen traumatischen Bandscheibenvorfall LWK4/5 getragen, welcher anfangs konservativ inklusive Infiltration behandelt worden sei. Drei Monate später habe er doch noch operiert werden müssen. Nach der Operation sei die Schmerzsymptomatik um 30 % besser geworden. In letzter Zeit habe sich die Schmerzsituation wieder verschlimmert, sodass er aktuell kaum gehen könne. Im Vordergrund würden lumbale Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung ins Dermatom L5 und Fussheberparese mit Hyposensibilität links stehen. Zusätzlich bestehe seit dem Unfall ein Schmerz in der linken Hüfte. Seit ca. drei Wochen würden ziehende Schmerzen in den Zehen linksseitig bestehen. Die Schmerzen beschreibe er insgesamt als ziehend und pulsierend mit brennenden Schmerzen in der Hüfte. Der Beschwerdeführer sei postoperativ in der C. ___ in [...] gewesen. Aktuell könne er wegen der Schmerzsymptomatik keine Physiotherapie machen. Die medikamentöse Therapie helfe, jedoch nur insuffizient. Nach den Infiltrationen habe er jeweils Kopfschmerzen mit Schwellung halbseitig im Gesicht am nächsten Morgen. Infiltrationen hätten jeweils für drei bis vier Tage einen Benefit gebracht. Gangbild hinkend, antalgisch mit Trendelenburg-Hinken links. Wirbelsäule lumbal klopfdolent. Ausgeprägte Schmerzen bei Reklination und Inklinatation. Lasègue links bei 45° positiv. Kraft im linken Bein generell M4 schmerzbedingt, Fussheberparese vorbestehend bei M3. Hyposensibilität vor allem im Dermatom L5 links. Reflexe allseits kaum auslösbar. Hüftschmerzen bei Hüftflexion, Innen- und Aussenrotation und Trochanterdruckschmerz. Der Beschwerdeführer leide seit dem Arbeitsunfall mit traumatischer Diskushernie an persistierenden lumboradikulären Schmerzen im Dermatom L5 links mit zusätzlichen Hüftschmerzen. Mit dem Beschwerdeführer sei das Prinzip einer Rückenmarkstimulation besprochen worden. Der Leidensdruck sei sehr hoch und die konservative Therapie ausgeschöpft. Der Beschwerdeführer könne bezüglich den neuropathischen Schmerzen von der Implantation von epiduralen Elektroden zur Testung eines Rückenmarksstimulators profitieren.

4.29 Im Bericht vom 2. Oktober 2020 (Suva-Nr. 188) über die MRI der LWS hielt Dr. med. M. ___ Folgendes fest: Zustand nach Bandscheibenvorfall. Lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit sensomotorischem Ausfallsyndrom L5. Befund: Diskusprotrusion im Segment BWK5/6 und BWK6/7. Osteochondrose im Segment BWK7/8 mit am ehestem infradiskalem Sequester im dorsalen Wirbelkörperbereich von BWK8 und konsekutiver geringgradiger Stenosierung des Spinalkanals. Geringgradiger medialer Diskusprolaps im Segment BWK8/9 mit konsekutiver geringgradiger Stenosierung des Spinalkanals. Zustand nach Sequesterektomie LWK4/5 links mit konsekutiven postoperativen Veränderungen, jedoch ohne Nachweis einer Rezidivhernie. Kein Nachweis einer höhergradigen Stenosierung des Spinalkanals oder der Neuroforamina. Regelrechte Signalgebung des thorakalen und lumbalen Spinalmarks ohne Nachweis einer pathologischen Signalalteration vor und nach Kontrastmittelapplikation. Es zeige sich kein Anhalt für eine ödematös-entzündliche Veränderung im Bereich der Wirbelkörper oder der kleinen Wirbelgelenke.

4.30 Im Bericht vom 24. November 2020 (Suva-Nr. 230) stellte Dr. med. Q. ___, Oberarzt, O. ___, folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer sei erst im September 2019 operiert worden. Zuvor habe er loko dolenti Infiltrationen (insgesamt drei vor, sowie eine nach der Operation) gehabt, welche jedoch ohne nachhaltige Wirkung geblieben seien. Ebenso habe ihn die sechswöchige

Rehabilitation in [...] körperlich eher überfordert, da er wegen der Schmerzen den Anforderungen nicht folgen können. Der Beschwerdeführer beschreibe einen relativ breitbasigen tief lumbal sitzenden Schmerz, welcher über die linke Hüfte dorsolateral in den linken Oberschenkel lateral schmerzhaft strahle. Dies bis zur Kniekehle. Der Schmerz in der Hüfte sei begleitet von einer Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Hüfte sowie der linken Gesässbacke. Weiter bestehe eine Sensibilitätsstörung laterodorsal am Unterschenkel, ausstrahlend in den Fussrücken sowie in die Fusssohle, wobei der laterale Fussrand ausgespart sei. In einer kurzen cursorischen Untersuchung könne diese Sensibilitätsstörung in etwa im Bereich L5 objektiviert werden. Die Schmerzen würden explizit nicht bis in den US bzw. den Fuss ziehen, sondern blieben auf die Gegend oberhalb des Knies links begrenzt. ASR und PSR seien bds. seitengleich und gut auslösbar. Muskelatrophien z.B. im Bereich des Tibialis anterior und auch sonst würden sich nicht finden bzw. die Verhältnisse seien symmetrisch. Interessanterweise könne der Beschwerdeführer ■ wahrscheinlich auch schmerzbedingt ■ weder links noch rechts auf den Zehenspitzen stehen, und ebenso sei der Fersengang nicht möglich. In liegender Position sei der Fussheber kraftmässig links gegenüber rechts leicht abgeschwächt. Eine Hyperalgesie finde sich weder an den Fingern noch an den Ohrläppchen. Insgesamt falle bei der Untersuchung auf, dass der Beschwerdeführer sehr stark leide, jede Bewegung löse erhebliche Schmerzen aus. Als objektives Zeichen dafür könne auch die starke Schweissproduktion dienen, welche während des Untersuchungsprozederes zu beobachten sei. Der Schmerz werde in Ruhe und in geeigneter Position im Bezug auf die Stärke mit VAS 5 angegeben, tagsüber je nach Belastung relativ rasch auf VAS 7-9 steigend. Des Abends, wenn er sich in einer bestimmten Position hinlege (rechts auf der Seite liegend mit Kissen zwischen den Knien und leicht angezogenem linken Knie), könne er im besten Fall VAS 3 erreichen. Begleitend je nach Belastung habe er oft krampfartige, blitzartige einschliessende Schmerzen im Unterschenkel links. Zudem würden sich Kopfschmerzen finden, welche bis in die rechte Schulter hinunterziehen könnten. Die Schmerzen würden am ehesten im Sinne eines Spannungskopfschmerzes beschrieben werden, keine Übelkeit, keine Lichtsensibilität und keine Aura, allerdings subjektiv immer mit starker Schwellung des rechten Gesichtes im Bereich der rechten Wange einhergehend. Diese Schmerzen würden etwa an ein bis zwei Tagen die Woche auftreten, und dann mehrere Stunden bis maximal zwei Tage dauern. Der Schlaf sei schmerzbedingt kompromittiert, was Ein- und Durchschlafen bedinge. Beim Beschwerdeführer würde sich ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom, am ehesten L5 betreffend, finden. Dabei sei bemerkenswert, dass ein ausgeprägter Hüftschmerz auf der gleichen, also linken Seite vorliege, der klinisch nicht eindeutig i.R. des oben genannten Syndroms zugeordnet werden könne. Auch werde die lokale Schmerzkomponente tief lumbal subjektiv als ausnehmend stark empfunden. In wie weit das angedeutete Trendelenburg-Zeichen im Zusammenhang mit der L5-Schädigung im Zusammenhang stehe und zu erklären sei, könne aktuell nicht beurteilt werden. Aus psychosomatischer Sicht sei es wichtig zu erwähnen, dass die Chronizität und auch das glaubhaft angegebene, auch der objektiven Untersuchung zugängliche Schmerzsyndrom, welches den Beschwerdeführer im Alltag praktisch lahm lege, doch einem erheblichen Leiden entspreche und ein Malingering mit Sicherheit nicht vorliege. Das Ausmass dieses Leidens könne auch mit den pain-prone Faktoren, welche der Beschwerdeführer aufgrund seiner früheren biografischen Situation zeige, in Zusammenhang stehen. Hier zum Beispiel beunruhige auch etwas das Neuaufreten im letzten Jahr des Kopfschmerzsyndroms, welches durchaus als Schmerzausweitung

verstanden werden könne. Zusammenfassend sei aber aus psychosomatischer/psychiatrischer Sicht bei diesem äusserst leidenden Beschwerdeführer mit einem zwar chronischen aber immer noch grösstenteils lokalisierten Schmerzsyndrom und St. n. bereits erfolgten, vielfältigen Therapieversuchen keine absolute Kontraindikation für das geplante Vorgehen zu sehen. Im Sinne einer relativen Kontraindikation sei sehr wichtig zu erwähnen, dass dieser Beschwerdeführer alleine durch den Unfall, aber auch durch den Verlust des Arbeitsplatzes, sowie die Trennung von seiner Frau psychosozial betrachtet ■ zusätzlich zu den genannten pain-prone Faktoren ■ in einer äusserst vulnerablen Situation sei. Zudem dürfte er hier in der Schweiz nicht sehr gut integriert sein. Der Beschwerdeführer dürfte verzweifelt sein, und sich mit grosser Hoffnung an der angebotenen «letzten Hilfe» festhalten, was wiederum zu einer grossen Enttäuschung allseitig führen könne.

4.31 Prof. Dr. med. R.____, Facharzt für Radiologie FMH, beantwortete die ihm im Rahmen eines neuroradiologischen Konsils vorgelegten Fragen am 10. Februar 2021 (Suva-Nr. 244) wie folgt: Auf die Frage: Posttraumatische Unfallfolgen im Sinne einer posttraumatischen Diskushernie? Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Unfallmechanismen (Verhebetauma, Rotatiostrauma und Sturz aus 1,5 Höhe) gab er folgende Antwort: Im ersten MR vom 16. Juli 2019 würden deutliche und eindeutige degenerative und vorbestehende Veränderungen insbesondere L4/5 und L5/S1 bestehen. Insbesondere auf Höhe L4/5 bestehe eine multifaktorielle rezessale Einengung beidseits linksbetont mit einem kleinen Diskussequester posterior paramedian links, welcher leicht nach kaudal umgeschlagen sei. Es sei insbesondere zu erwähnen, dass dieser Sequester im Verlaufs-MR vom 21. September 2019 deutlich grössenprogredient sei mit progredienter Kompression des Abgangs der L5 Wurzel links, welche zur Operation im weiteren Verlauf geführt habe. Auf die Frage: Vorbestehende degenerative Veränderungen, gab er folgende Antwort: Ja. Im Bereich der LWS seien die bereits beschriebenen degenerativen Veränderungen und sehr wahrscheinlich vorbestehend. Die BWS sei erstmals am 2. Oktober 2020 durchgeführt worden. Hier würden ebenfalls deutliche degenerative Veränderungen wie beschrieben bestehen. Ausserdem würden wahrscheinlich degenerative Veränderungen auch im Bereich der HWS vorliegen, diese sei jedoch im vorliegenden Bildmaterial nur teilweise untersucht.

4.32 In der Neurologische Beurteilung vom 10. März 2021 (Suva-Nr. 258) beurteilte Dr. med. D.____ die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers wie folgt: Gemäss der Schadenmeldung sei der als Chauffeur angestellte Beschwerdeführer am 27. Juni 2019 beim Zurückziehen eines Palettrollis von einer Hebebühne gefallen. Bei der erst eineinhalb Wochen nach dem Unfallereignis vom 27. Juni 2019 erfolgten erstmaligen ärztlichen Vorstellung sei als Unfallmechanismus der Verdacht auf ein Hebetauma neben einem Ellenbogentrauma festgehalten worden. Am gleichen Tag sei als Unfallmechanismus auf der Notfallstation ein Rotationstrauma beim Entladen eines Lastwagens dokumentiert worden. Entsprechende äussere Verletzungszeichen wie Hämatome oder Schwellung im Bereich der Lendenwirbelsäule seien nicht dokumentiert worden. Erst bei der wirbelsäulenchirurgischen Vorstellung bei Dr. med. K.____ vom 31. Juli 2019 sei am 6. August 2019 dokumentiert worden, dass infolge eines Sturzes von einer Plattform beim Entladen eines LKWs bei aktivierter Spondylarthrose L4/5 links eine rezessale Diskushernie L4/5 links bestanden habe. Der Neurologe und Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. E.____ habe am 10. September 2019 eine LWS-Kontusion bei

invalidisierender Ischialgie L5 bei Diskushernie L4/5 links festgehalten. Eine Elektromyographie des Musculus tibialis anterior und gastrocnemius habe pathologische Befunde (Fibrillation, Polyphasie) bei fehlender klinischer Bewertung ergeben. Evozierte Potenziale des Nervus tibialis seien als hochpathologischer Befund bewertet worden. Nach zunächst Besserung unter einer Infiltrationstherapie sei am 24. September 2019 wirbelsäulenchirurgisch eine massive Progredienz der Schmerzsymptomatik mit Verschlechterung der klinischen Befunde dokumentiert worden. Am 27. September 2019 habe zusätzlich eine Fussenker-Parese neben der bekannten Zehenheber-Parese links bestanden, welche im Operationsbericht vom 26. September 2019 nach erfolgter komplikationsloser mikrochirurgischen Fenestration L4/5 und Sequestrektomie L4/5 links dokumentiert worden sei. In weiteren wirbelsäulenchirurgischen Kontrollen und Berichten vom 25. Oktober 2019 und 22. November 2019 persistierten die Beschwerden. Am 7. August 2020 sei durch Dr. med. K.____ eine schmerzinterventionelle Behandlung vorgeschlagen worden. Aus neurologischer und versicherungsmedizinischer Sicht würden hinsichtlich Verletzungsfolgen im Bereich der LWS deutliche Diskrepanzen bestehen: 1. In der Echtzeitdokumentation im Rahmen der ersten medizinischen Versorgung (zehn Tage nach dem Unfallereignis) fehlten Hinweise für einen Sturz bei Dokumentation zunächst eines Verhebetraumas bzw. einer Rotationsverletzung. 2. In der Echtzeitdokumentation der Erstversorger vom 7. Juli 2019 hätten in der Dokumentation keine Hinweise auf Weichteilverletzungen mit Hämatomen oder Schwellung im Bereich der LWS bestanden, was deutlich gegen einen Sturz (wie erstmals am 31. Juli 2019 berichtet) bzw. gegen eine Kontusion spreche (wie am 10. September 2019 berichtet). 3. Ein Sturz mit Seitwärtsrollen auf die Hand erkläre nicht Verletzungsfolgen an der Lendenwirbelsäule. Ein Unfallmechanismus mit Verletzung der Lendenwirbelsäule ergebe sich durch das beschriebene Sturzgeschehen nicht, welches nach eigenen Angaben des Beschwerdeführers mit der Hand aufgefangen worden sei (Aussendiensttrappot vom 24. Oktober 2019). Bilddiagnostisch sei eine lumbale MRT am 16. Juli 2019 mit dem Nachweis deutlich degenerativer Veränderung bei Chondrose L4/5 mit Diskushernie links rezessal bei Kompression und Einengung der Nervenwurzel L5 rechts erfolgt. Erst in der konsekutiven MRT vom 21. September 2019 habe sich eine progrediente Migration nach kaudal eines Bandscheiben-Sequesters mit Verlagerung der Nervenwurzel L5 und Verziehung der Nervenwurzel S1 links gezeigt. Ein entsprechender radiologischer Befund sei ebenfalls in einer zweiten Beurteilung im Rahmen eines neuroradiologischen Konsils durch Prof. R.____ vom 10. Februar 2021 bestätigt worden. Bereits im ersten MRT vom 16. Juli 2019 hätten deutliche und eindeutige degenerative und vorbestehende Veränderungen insbesondere L4/5 und L5/S1 bestanden. Insbesondere auf Höhe L4/5 habe eine multifaktorielle rezessale Einengung beidseits linksbetont mit einem kleinen Diskussequester bestanden. Erst im Verlaufs-MR vom 21. September 2019 hätten sich deutlich grössenprogredient ein Sequester mit progredienter Kompression des Abgangs der L5 Wurzel links gezeigt, welche zur Operation im weiteren Verlauf geführt habe. Klinische Befunde im Rahmen der Untersuchung durch den Wirbelsäulenchirurgen Dr. med. K.____ vom 6. August 2019 mit Grosszehen- und Fussheber-Parese bei tieflumbalen Lumbalgien und die Besserung unter einer epiduralen Infiltration (24. September 2019) würden ebenfalls für eine zunächst fehlende sequestrierende Tangierung weiterer Nervenwurzeln nach kaudal sprechen. Am 27. September 2019 habe zusätzlich eine Fussenker-Parese mit Beteiligung der Wurzel S1 bestanden. Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, ob die beklagten Rückenbeschwerden mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 27. Juni 2019

zurückzuführen seien, antwortete Dr. med. D. ___ mit «nein» und führte ergänzend aus, «insbesondere bei fehlendem und überzeugenden Unfallmechanismus bzw. Heilverlauf mit zunächst Besserung und später auftretenden Vorfussensker-Parese links sowie bilddiagnostisch ebenfalls erst später aufgetreten Sequestrierung einer Diskushernie L4/5». Auf die Frage, ob die vorgeschlagene Testung eines Rückenmarkstimulators mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 27. Juni 2019 zurückzuführen sei, bemerkte Dr. med. D. ___, dass die Massnahme bei fehlender Unfallkausalität nicht indiziert sei.

4.33 Dr. med. E. ___ erklärte in einem Schreiben vom 16. April 2021 (Suva-Nrn. 275 S. 7, 282), dass es seiner Meinung nach keinen Zweifel an der Unfallkausalität der Rücken- / Beinproblematik des Beschwerdeführers gebe. Der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall nie wegen Rückenschmerzen bzw. Ischialgie links behandelt worden und habe keine Probleme gehabt. Für die Unfallmechanismen spreche eine sofortige Lumbalgie sowie Taubheitsgefühl im linken Bein, unmittelbar nach der Rotationsbewegung in der LWS, um einen 640 kg schweren Palettenwagen zu stoppen. Neurologisch für eine akute Nervenwurzelkompression spreche auch die am 7. Juli 2019 auf der Notfallstation festgestellte Fussheber/Fuss-Senker-Schwäche mit unmöglichem Zehen- / Hackenstand. Ebenfalls habe eine Sensibilitätsminderung L5/S1 links bestanden. Es sei damals nicht um einen Sturz, sondern um eine abrupte Bewegung im LWS-Bereich mit partieller Belastung der LWS durch das enorme Gewicht des Palettenwagens (640 kg) gegangen. Bei der Untersuchung vom 10. Juli 2019 habe weiterhin eine Fussheber-/ Fussensker-Parese links mit einem positiven Lasègue bei 30° mit Radikulopathie L5/S1 links bestanden. Die durchgeführte Elektrophysiologie habe ein hochpathologisches SSEP tibialis beidseits gezeigt, im EMG von Nervus tibialis anterior links habe es an zwei von fünf untersuchten Stellen Fibrillationen gegeben. Die Anamnese und die neurologischen Ausfälle würden für eine akute Nervenwurzelkompression sprechen, welche abrupt nach der Rotationsbewegung der LWS um einen 640 kg schweren Palettenwagen zu stoppen, entstanden sei.

4.34 Nach erneuter Vorlage des Falles führte Dr. med. D. ___ in der Neurologischen Beurteilung vom 17. August 2021 (Suva-Nr. 284) Folgendes aus: Bei Vorliegen einer pathologischen Spontanaktivität bereits 13 Tage nach dem Unfallgeschehen sei davon auszugehen, dass die zugrunde liegenden Bandscheibenveränderungen bereits vorbestanden hätten. Der genannte Unfallmechanismus, eine Rotationsbewegung aufgrund eines «Stoppens» eines (640 kg schweren) Palettenwagens, überzeuge nicht überwiegend wahrscheinlich als Erklärung für ein adäquates Trauma zur Entstehung eines Nervenwurzelreizsyndroms bei einer traumatischen Bandscheibenläsion. Üblicherweise würden traumatische Bandscheibenläsionen bei einem Hochgeschwindigkeitstrauma oder Stürzen aus grosser Höhe, einhergehend mit weiteren strukturellen / substanzialen Veränderungen bestehen. Entsprechende Kriterien seien nicht vorgelegen. Ein «Stoppen» ohne Sturz bzw. schwerem Heben bei Rotationsbewegung sei nicht geeignet, um überwiegend wahrscheinlich die natürliche Kausalität eines traumatischen Bandscheibenschadens darzustellen. Dr. med. E. ___ bezeichne als «inkorrekt», dass seine Beurteilung vom 10. März 2021 eine in der Notfallkonsultation vom 7. Juli 2019 protokollierte Parese nicht berücksichtigt habe. Dies sei von neurologischer und versicherungsmedizinischer Seite jedoch nicht bestritten worden. Hingegen sei durch den Behandler nicht berücksichtigt worden, dass in der Beurteilung des Unterzeichners

klinische Befunde im Rahmen der Untersuchung durch den Wirbelsäulenchirurgen Dr. med. K. ___ vom 6. August 2019 mit Grosszehen- und Fussheberparese bei tieflumbalen Lumbalgien und die Besserung unter einer epiduralen Infiltration (24. September 2019) bestanden hätten und gegen eine sequestrierende Tangierung weiterer Nervenwurzeln nach kaudal hindeuteten und es sich allenfalls um eine vorübergehende Verschlimmerung des vorbestehenden Vorzustandes gehandelt habe. Erst am 27. September 2019 habe zusätzlich eine Fussenkerparese mit Beteiligung der Wurzel S1 bestanden. Diese klinische Verschlechterung sei ebenfalls einhergegangen mit einer radiologisch erst hier in der MRI dokumentierten später aufgetretenen Sequestrierung (nachgewiesen MRT LWS vom 21. September 2019). An der Beurteilung vom 10. März 2021 werde festgehalten, da der klinische Verlauf und die vorliegende Bilddiagnostik nicht durch Dr. med. E. ___ berücksichtigt worden seien. Weiterhin spreche gegen eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehende Unfallfolge, dass eine sequestrierte Diskushernie erst in der MRT LWS vom 21. September 2019 nachgewiesen worden sei und in einer MRT vom 16. Juli 2019 nur degenerative Veränderungen bei breitbasiger Diskusprotrusion L4/5 Nachweis (nur geringem Sequester) bestanden hätten. Der klinische Verlauf habe nach initialer Besserung der Symptomatik nach Infiltration vom 24. September 2019 und erst später erneut zunehmender Schmerzsymptomatik gezeigt, später auftretender zusätzlicher Fussenkerparese vom 27. September 2019 einhergehend mit den klaren og. bilddiagnostischen Befunden.

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im vorliegenden Verfahren vor allem auf die Beurteilungen von Dr. med. D. ___ vom 10. März 2021 (vgl. E. II. 4.32 hiervor) und vom 17. August 2021 (vgl. E. II. 4.34 hiervor), weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist.

5.2 Vorab ist festzuhalten, dass der Umstand, wonach Dr. med. D. ___ seine Beurteilung ausschliesslich auf Grund der vorliegenden Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, dem Beweiswert seiner ärztlichen Beurteilung nicht entgegensteht. Dr. med. D. ___ standen die Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung, welche den medizinischen Sachverhalt umfassend dokumentieren und einen lückenlosen, von den behandelnden Ärzten erhobenen klinischen und bildgebenden Befund enthalten. Eine reine Aktenbeurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs, wie sie hier erfolgte, ist daher zulässig (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_608/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 5.2 und 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1).

5.3 Dr. med. D. ___ geht in seiner Beurteilung zunächst auf das Ereignis vom 27. Juni 2019 ein, wobei er ausführt, eine natürliche Unfallkausalität für das Ereignis vom 27. Juni 2019 bestehe bei diskrepanter Dokumentation des Unfallgeschehens aus neurologisch-versicherungsmedizinischer Sicht nicht. In der Folge führt er aus, was seiner Ansicht nach gegen ein Sturzgeschehen spricht: Wahrnehmung einer ärztlichen Behandlung erst zehn Tage nach dem Unfallgeschehen; Echtzeitdokumentation mit fehlendem anamnestisch geschilderten Sturz; fehlende dokumentierte Weichteilverletzung im Bereich der LWS; ungeeignet geschildertes Sturzereignis mit Seitwärtswendung und Auffangen des Sturzes mit der Hand. In den Berichten der Notfallkonsultation vom 7. Juli 2019 wurde von einem Trauma (Hebe-, Ellenbogen- und Rotationstrauma) gesprochen, der Beschwerdeführer habe am 27. Juni 2019 auf der Arbeit eine schwere Palette teilweise gehoben, gleichzeitig habe er starke Rückenschmerzen verspürt. Von einem Sturzereignis ist erstmals im Bericht von Dr. med. K. ___ vom 6. August 2019 die Rede: «der

Beschwerdeführer sei am 27. Juni 2019 beim Entladen eines LKWs von Plattform gestürzt». In der Schadenmeldung vom 10. Juli 2019 wurde angegeben, der Beschwerdeführer sei beim Palettenrollizurückziehen von der Hebebühne runtergefallen. Um u.a. den genauen Hergang zu klären, erfolgte am 24. Oktober 2019 eine persönliche Besprechung mit dem Beschwerdeführer (Suva-Nr. 54). Dabei schilderte der Beschwerdeführer das Ereignis vom 27. Juli 2019 wie folgt: Ich habe eine Ladung von 640 kg abladen müssen. Dafür habe ich einen Palettenrolli unter die Ware geschoben und habe diese auf die Hebebühne gezogen. Als die hinteren Räder des Palettenrollis auf die Hebebühne kamen, kippte der gesamte Wagen ein bisschen nach hinten, sodass die Ware schief stand. Ich liess den Rolli los und entfernte mich von der Ware, dabei fiel ich von der Hebebühne. Ich stützte mich mit der linken Hand ab und liess mich auf die vordere Schulter rollen (linke Seite)». Es ist vom Ereignis auszugehen, wie es anlässlich der Notfallkonsultation geschildert worden ist, handelt es sich doch um die erste direkt vom Beschwerdeführer stammende Darstellung und damit um eine «Aussage der ersten Stunde», die in der Regel unbefangener und zuverlässiger ist, als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a; Urteile des Bundesgerichts 8C_762/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.3.2 und 8C_940/2015 vom 19. April 2016 E. 6.3). Entgegen den Ausführungen von Dr. med. E. ___ in seinem Schreiben vom 16. April 2021 sind die Diskussionen von Dr. med. D. ___ betreffend Sturzereignis sehr wohl relevant für die Beurteilung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Den echtzeitlich verfassten Berichten nach dem Ereignis vom 27. Juli 2019 sind keine Hinweise zu entnehmen, wonach sich ein Sturz ereignet hätte. Entsprechend sind die Ausführungen des Versicherungsmediziners ■ das echtzeitlich geschilderte Geschehen sei nicht geeignet gewesen, die beschriebene Wirbelsäulenverletzung hervorzurufen ■ nachvollziehbar.

Des Weiteren beurteilt Dr. med. D. ___ eine allfällige Unfallkausalität des diagnostizierten Bandscheibenvorfalles ebenfalls einleuchtend und verneint diese nachvollziehbar. Diesbezüglich ist auf Vorerwähntes zu verweisen. Ergänzend zu den überzeugenden Ausführungen von Dr. med. D. ___ ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht fällt (RKUV 2000 S. 192; Urteil des BGer 8C_467/2007 vom 25.10.2007). Die ausnahmsweise Annahme einer Unfallkausalität setzt voraus, dass der Unfall von besonderer Schwere und geeignet gewesen ist, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie ■ vertebrales oder radikuläres Syndrom ■ unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_492/2009 vom 21. Dezember 2009 E. 6.3.2). Im Falle der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten dieselben Kriterien, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen. Eine solche richtunggebende Verschlimmerung muss röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben. Ist hingegen die Diskushernie bei (stummem) degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, liegt eine vorübergehende Verschlimmerung vor. Diesfalls hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende

Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann in solchen Fällen das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2020 vom 19. Februar 2021 E.

E. 9

9.1 Zusammenfassend ist es demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 27. Juni 2019 ab dem 31. März 2021 verneinte. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

9.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

9.3 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

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Yalcin

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