

SO_GERICHTE VSBES.2024.41 vom 30. Januar 2024

SO Obergericht, 2024-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.41

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.41 du 30 janvier 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.41 del 30 gennaio 2024

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1964, ist bei der Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 14. November 2021 (Akten der Beschwerdegegnerin Nr. [Suva-Nr.] 1) erlitt der Beschwerdeführer am 9. November 2021 in Solothurn einen Auffahrunfall, bei dem er mit seinem Auto an der roten Ampel stehend von einem anderen Auto von hinten gerammt wurde und sich dabei Verletzungen an Rücken und Hals zuzog. Die Beschwerdegegnerin übernahm in der Folge die Heilbehandlungskosten und richtete Taggelder aus (Suva-Nr. 6).

1.2 Mit Verfügung vom 14. Juni 2023 (Suva-Nr. 114) stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 1. Juli 2023 ein. Die hiergegen mit Eingabe vom 6. Juli 2023 (Suva-Nr. 128) erhobene und mit Eingabe vom 25. August 2023 (Suva-Nr. 135) ergänzend begründete Einsprache wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 30. Januar 2024 (Aktenseite [A.S.] 1 ff.) ab.

E. 2

2.1 Versicherungsleistungen nach dem Bundesgesetz über die obligatorische Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Im Versicherungsfall hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sowohl bei der Heilbehandlung als auch beim Taggeld handelt es sich ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ um vorübergehende Leistungen. Sie sind ■ sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind ■ nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (statt vieler BGE 134 V 109 E. 4.1). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Hat sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen

Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (statt vieler BGE 129 V 177 E. 3.1).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Zudem sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4 mit Hinweisen). Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während bei Schleudertraumata und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule (HWS) sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen).

2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossen Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende 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 mit Hinweisen). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Kaspar Gehring, in: Ueli Kieser et al. [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 4 ATSG N 40; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 5.2).

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (sog. antizipierte oder vorweggenommene Beweiswürdigung). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2023 vom 22. Mai 2024 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2023 E. 4.1). Ein Aktenbericht bzw. -gutachten ist beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). 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. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere genügt in

Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2023 vom 22. Mai 2024 E. 3.3 mit Hinweisen).

E. 4

4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per 1. Juli 2023 eingestellt hat. Hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende Unterlagen im Recht:

4.2 Dr. med. B.____, Facharzt für Radiologie, stellt in seinem Radiologiebericht vom 11. November 2021 (Suva-Nr. 16) gestützt auf das am gleichen Tag erstellte Röntgen der HWS des Beschwerdeführers folgenden Befund:

Uncovertebralarthrosen der unteren HWS unter Akzentuierung HWK (Halswirbelkörper) 5 bis 7 sowie spondylarthrotische Veränderung der HWS im mittleren Abschnitt rechtsseitig akzentuiert, keine ossäre Destruktion, keine Fraktur, Streckhaltung der HWS, regelrechte Darstellung der atlantoaxialen Einheit.

4.3 Laut Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma von Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. November 2021 (Suva-Nr. 15), beschrieb der Beschwerdeführer den Unfallhergang anlässlich der am gleichen Tag erfolgten Konsultation dergestalt, dass er heute ■ d.h. am 9. November 2021 ■ um 6.30 Uhr am Rotlicht stehend angefahren worden sei. Hinsichtlich des Beschwerdeverlaufs seit dem Unfall habe der Beschwerdeführer spontan angegeben, dass er eine Stunde nach dem Unfall an Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Schwindel und Übelkeit gelitten habe. Auf Nachfrage hin habe er zudem angegeben, dass Erbrechen, Hörstörungen, Sehstörungen und Schlafstörungen sofort eingetreten seien. Bei der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers hätten Bewegungsschmerzen, Ruheschmerzen und Druckschmerzen, nicht jedoch Stauchungsschmerzen an der Wirbelsäule festgestellt werden können. Eine Klassifikation des Schleudertraumas anhand der Klassifikation der Quebec Task Force (QTF) nahm Dr. C.____ nicht vor.

4.4 Im Arzzeugnis UVG von Dr. C.____ vom 5. Dezember 2021 (Suva-Nr. 14) wird unter Verweis auf den Befund des Röntgens vom 11. November 2021 ■ siehe oben Ziff. 4.2 ■ sowie auf den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 9. November 2021 ■ siehe oben Ziff. 4.3 ■ die Diagnose einer erheblichen Distorsion der HWS bei Dezelerationstrauma vom 9. November 2021 gestellt. Besondere Umstände, die den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten, werden verneint.

4.5 Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, stellt in seinem Radiologiebericht vom 22. Dezember 2021 (Suva-Nr. 23) gestützt auf die am Vortag erstellte Magnetresonanztomografie (MRT) der Wirbelsäule folgenden Befund:

Streckhaltung der HWS; ödematöse Veränderungen im HWK 5 und 6, angrenzend prävertebrale Auftreibung und Verdacht auf paravertebrales Hämatom sowie etwas inhomogene T2-hyperintense Darstellung der grossen ventralen Spondylophyten an HWK 5 und 6; angrenzendes vorderes Längsband nicht sicher zu differenzieren; grosse Retrospondylophyten auf dieser Höhe ohne intraspinale Hämatom mit relativer

Spinalkanalstenose und Kontakt zum Myelon von ventral, grenzwertig noch ohne Myelopathie und mit dorsal minimal erhaltenem Liquorsaum; Atlantodentalarthrose; interspinös kein relevantes Ödem nachweisbar; allgemeine enge Neuroforamina HWK 3 bis 7; beidseits symmetrisch, bei Discusbulging HWK 5/6 und 6/7 mit neuroforaminalen Anteil und V. a. Kompression der C7 Wurzel beidseits.

Dr. D.____ führt im Bericht aus, dass sich in der MRT eine frische Fraktur des ventralen Spondylophyten HWK 5/6 sowie ein Wirbelkörperödem zeige. Die Wirbelkörperfraktur sei stabil. Es liege weder eine Höhenminderung noch eine Deckplattenimpression der HWK 5 und 6 vor. Degenerativ bedingt bestehe eine noch knapp relative Spinalkanalstenose auf dieser Höhe, jedoch ohne Anzeichen einer Myelopathie. Es bestehe der Verdacht auf eine neuroforaminale Kompression der C7-Wurzel beidseits.

4.6 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, vom 25. Januar 2022 (Suva-Nr. 130) werden folgende Diagnosen gestellt:

Hauptdiagnosen

Dr. E.____ führt in seinem Bericht aus, dass die Primärdiagnostik mittels Röntgen- und MRI-Untersuchung (MRI engl. für magnetic resonance imaging) der HWS ein Knochenmarködem in HWK 5 und HWK 6 sowie eine Fraktur der ventralen Spondylophyten von HWK 5/6 nachgewiesen habe. Der Beschwerdeführer habe mit Physiotherapie begonnen, was eine leichte Linderung der Beschwerden gebracht habe. Die Schmerzsymptomatik sei jedoch immer noch vorhanden. Bei der Untersuchung zeige der Beschwerdeführer ein normales Gangbild. Die differenzierten Gang- und Standarten seien problemlos vorführbar. Im lumbosacralen Übergang paravertebral rechts zeige sich eine deutliche Druckdolenz. Sensomotorische Ausfälle der unteren Extremitäten seien keine festzustellen. Weiter präsentiere sich an der HWS paravertebral beidseits und entsprechend an beiden Musculi trapezii eine deutliche Druckempfindlichkeit. Die Rotation der HWS sei beidseits bis maximal 40° möglich. Die Reklination sei eingeschränkt, die Inklination fast vollständig. Spurling- und Lhermitte-Zeichen seien negativ. Es seien keine Langbahnzeichen feststellbar. Sensomotorische Ausfälle der oberen Extremitäten gebe es keine. Das Vegetativum sei normal. Nach Dr. E.____ stünden die Beschwerden ganz klar in Zusammenhang mit dem HWS- Beschleunigungstrauma. Die Frakturen bräuchten sicherlich drei bis sechs Monate bis zur Verheilung. Hinter den Beschwerden stehe auch eine Traumatisierung der Facettengelenke. Wegen den lumbalen Beschwerden sei eine Röntgen- und MRI-Untersuchung in die Wege geleitet worden, um eine mögliche Traumafolge auszuschliessen.

4.7 Im Sprechstundenbericht von Dr. E.____ vom 22. Februar 2022 (Suva-Nr. 31) werden folgende Diagnosen gestellt:

Hauptdiagnosen

1.Z. n. Autoauffahrunfall vom 11/2021 mit seitdem bestehenden starken Zervikalgien und Zervikobrachialgien sowie Lumbalgien und lumboischialgieformen Ausstrahlungen ins linke Bein

2.Stabile Frakturen von HWK 5 und 6 mit Knochenmarksödem und Fraktur der ventralen Spondylophyten zwischen HWK 5/6

3.Posttraumatische Lumbalgien, mehrsegmentale Facettengelenksarthrose der LWS (Lendenwirbelsäule)

Dr. E.____ führt in seinem Bericht aus, dass die frischen Röntgenaufnahmen der LWS keine Frakturen und keine Instabilität zeigten. Die MRI-Aufnahmen der LWS zeigten eine mehrsegmentale Diskopathie und Facettengelenksarthrose ohne bedeutende Spinalkanalstenose.

4.8 Dipl. med. F.____, Oberärztin i.V., stellt in ihrem Radiologiebericht vom 25. April 2022 (Suva-Nr. 50) gestützt auf das am gleichen Tag erstellte Röntgen der HWS folgenden Befund:

Symmetrischer Stand des Dens axis; HWS seitlich erfasst bis inkl. HWK 5, in diesen Segmenten regelrechtes ventrales, dorsales und spinolaminäres Alignment. Keine Höhenminderung der Wirbelkörper oder Zwischenwirbelräume. Bekannte ausgeprägte ventrale Spondylophyten bei HWK 5/6; regelrechte Knochenmineralisation; unauffällige Weichteile.

4.9 Im Sprechstundenbericht von Dr. E.____ vom 25. April 2022 (Suva-Nr. 39) werden die Diagnosen laut Sprechstundenbericht vom 22. Februar 2022 ■ siehe oben Ziff. 4.4 ■wiederholt. Die heute angefertigten Röntgenaufnahmen der HWS hätten keine sekundäre Dislokation der Frakturen gezeigt. Es würden stabile Verhältnisse bestehen.

4.10 Dr. med. G.____, Oberärztin i.V., stellt in ihrem Radiologiebericht vom 22. Juni 2022 (Suva-Nr. 61) gestützt auf das am Vortag erstellte Röntgen der HWS folgenden Befund:

Regelrechtes anteriores und posteriores cervicales Alignment; bekannte Fraktur des anterioren inferioren Syndesmophyt des HWK 6 ohne sekundäre Dislokation; keine zunehmende Höhenminderung der HWK 5 und 6; schlanke prävertebrale Weichteile.

4.11 Im Sprechstundenbericht von Dr. E.____ vom 21. Juni 2022 (Suva-Nr. 56) werden die Diagnosen laut Sprechstundenbericht vom 22. Februar 2022 ■ siehe oben Ziff. 4.4 ■ erneut wiederholt. Die heute angefertigten Röntgenaufnahmen der HWS hätten weiterhin keine sekundäre Dislokation der Frakturen zeigen. Es würden stabile Verhältnisse bestehen.

4.12 In der neurologischen Beurteilung von Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, vom 14. September 2022 (Suva-Nr. 67) werden folgende Diagnosen gestellt:

Status nach Heckkollision am 09.11.2021

-Aktuell neurologisch unauffällig

-Grad IV gemäss QTF-Klassifikation

Dr. H.____ hält in seiner Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführer vor ca. zehn Monaten eine erhebliche Heckkollision erlitten habe mit einer bildgebend nachgewiesenen Fraktur eines Spondylophyten zwischen dem fünften und sechsten HWK. Definitionsgemäss handle es sich somit um einen Grad IV eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas gemäss QTF-Klassifikation. Neurologische Defizite hätten weiterhin nicht festgestellt werden können, wie dies bereits unmittelbar nach dem Unfall auch der Fall gewesen sei.

Dementsprechend sei es beim Unfall nicht zu traumatisch bedingten Schäden im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems gekommen. Die weiterhin bestehenden zervikalen Beschwerden seien deskriptiv als zervikobrachiales und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom zu bezeichnen, die fehlende Symptomverbesserung während zehn Monaten nach dem Unfall sei nach Erachten von Dr. H.____ etwas ungewöhnlich, andererseits hätten sich die Lumbalgien deutlich gebessert und der Beschwerdeführer habe an der HWS eine Fraktur aufgrund des Unfalls erlitten. Dementsprechend erscheine eine

protrahierte Rückbildung dieser Zervikalgien durchaus als möglich. An der aktuellen Behandlung hält Dr. H.____ die fortgesetzte tägliche Einnahme von Akutanalgetika für ungünstig. In diesem Zusammenhang wäre eine mehr schmerzdistanzierende Behandlung vermutlich sinnvoller, der Beschwerdeführer erhalte diesbezüglich bereits Sirdalud. Aus neurologischer Sicht bestehe aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten aufgrund der fehlenden traumatischen Schädigung des zentralen und peripheren Nervensystems als Folge des Ereignisses vom 9. November 2021. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der Fraktur an der HWS müsste durch einen Rheumatologen erfolgen.

4.13 Im Sprechstundenbericht von Dr. E.____ vom 23. August 2022 (Suva-Nr. 80) werden die Diagnosen gemäss Sprechstundenbericht vom 22. Februar 2022 ■ siehe oben Ziff. 4.4 ■ erneut wiederholt. Dr. E.____ führt in seinem Bericht aus, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers unverändert seien. Der Beschwerdeführer beklage weiterhin axiale Nackenschmerzen sowie Lumbalgien mit ab und zu Ausstrahlungen ins linke Bein. Die Therapie werde konsequent fortgesetzt. Der Beschwerdeführer arbeite momentan zu 30 %. Eine weitere neurologische Untersuchung sei im September 2022 geplant.

4.14 Dr. med. I.____, Facharzt für Radiologie, stellt in seinem Radiologiebericht vom 31. Oktober 2022 (Suva-Nr. 81) gestützt auf das am gleichen Tag durchgeführte MRI der Wirbelsäule (HWS) folgenden Befund:

Unauffälliges zervikales Myelon (bis BWK 2 miterfasst) ohne Signalalteration oder Atrophie. Bekannte Streckfehlhaltung der HWS mit fokaler kyphotischer Fehlstellung der unteren HWS. Erhaltenes Alignment der Hinterkante. Keine Höhenminderung oder Signalalteration der Wirbelkörper. Multisegmentale hypertrophe Facettengelenkarthrose ohne subchondrales Knochenmarködem. Regelrechte paravertebrale Weichteile.

HWK 2/3:Keine Diskushernie oder Spinalkanalstenose. Stationäre osteogene neuroforaminale Enge links mit Kontakt Nervenwurzel C3 links ohne Kompression.

HWK 3/4:Keine Diskushernie oder Spinalkanalstenose. Stationäre rechtsbetonte osteogene neuroforaminale Enge mit Kontakt Nervenwurzel C4 rechts ohne Kompression.

HWK 4/5:Keine Diskushernie oder Spinalkanalstenose. Unveränderte osteogene neuroforaminale Enge ohne Kontakt zur Nervenwurzel.

HWK 5/6:Stationäre rechts paramedian betonte breitbasige Diskusextrusion mit moderater diskoligamentärer Spinalkanalstenose. Osteodiskogene neuroforaminale Enge ohne Kontakt zur Nervenwurzel.

HWK 6/7:Stationäre breitbasige Diskusprotrusion mit der leichtgradiger diskoligamentärer Spinalkanalstenose. Unveränderte linksbetonte osteodiskogene neuroforaminale Enge mit Kompression der Nervenwurzel C7 (links > rechts).

HWK 7/BWK 1:Keine Diskushernie, Spinalkanalstenose oder neuroforaminale Kompression.

Dr. I.____ führt in seinem Bericht aus, dass keine akute Wirbelkörperfraktur zervikal festzustellen sei. Zur Voruntersuchung von Dezember 2021 zeige sich eine stationäre Diskushernie HWK 5/6 mit moderater Spinalkanalstenose. Weiter zeige sich eine unveränderte neuroforaminale Kompression Nervenwurzel C7, linksbetont. Hingegen sei keine hochgradige Spinalkanalstenose oder Myelopathie zervikal zu erkennen.

4.15 Im Sprechstundenbericht von Dr. E.____ vom 29. November 2022 (Suva-Nr. 89) werden die Diagnosen gemäss Sprechstundenbericht vom 22. Februar 2022 ■ siehe oben Ziff. 4.4 ■ erneut wiederholt. Dr. E.____ führt in seinem Bericht aus, dass die Beschwerden im Nacken des Beschwerdeführers persistierend seien. Der Beschwerdeführer sei auf die peroralen Schmerzmedikamente angewiesen. Bei jeder Belastung spüre er eine Zunahme der Zervikalgien. In der Zwischenzeit sei eine MRI-Kontrolluntersuchung der HWS durchgeführt worden. Bei dieser habe sich keine richtunggebende Veränderung gezeigt. Die Frakturen hätten kein Knochenmarksödem mehr gezeigt. [Dagegen] zeige sich die zentrale Bandscheibenprotrusion C5/6 in unverändertem Ausmass mit relativer Spinalkanalstenose. Ebenfalls stationär sei die Foraminalstenose C6/7 linksbetont. Die Beschwerden seien weiterhin eindeutig auf das Schleudertrauma der HWS zurückzuführen. Der Beschwerdeführer könne weiterhin maximal ein 30%iges Arbeitspensum ausüben.

4.16 Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, stellt in seinem Radiologiebericht vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 109) gestützt auf die gleichentags durchgeführten Untersuchungen folgenden Befund:

Röntgen HWS ap/seitlich:

Geringe Anterolisthese von HWK 3 um 2 mm. Ansonsten erhaltenes sagittales Alignment der Halswirbelkörper. Aufgehobene Halslordose. Degenerative Veränderungen der Atlantooccipital- und Atlantoaxialgelenke. Multisegmentale Facettengelenkarthrosen. Minimale anteriore Spondylophyten HWK 4/5 und kräftige, teils ossär überbrückende anteriore Spondylophyten HWK 5/6 und HWK 6/7. Keine Wirbelkörperhöhenminderung/Fraktur.

MRI HWS:

Nach kaudal abgebildete Segmente bis zur Bodenplatte BWK 2. Liegend nur minimale Anterolisthese von HWK 3 um 1 mm. Ansonsten erhaltenes Wirbelkörperalignment. Aufgehobene Halslordose. In den vorliegenden Sequenzen unauffällige Darstellung der basal abgebildeten Hirnabschnitte. Primär normal weit angelegter zervikaler Spinalkanal. Unauffälliges Signal des Myelons, keine Myelopathie. Moderate degenerative Veränderungen atlantooccipital, atlantodental und der lateralen atlantoaxialen Gelenke.

C2/3: Leicht dehydrierte Bandscheibe mit flacher links foraminaler Protrusion. Bilaterale moderate Fazettengelenkarthrose. Moderate Foramenstenose links.

C3/4: Flaches breitbasiges dorsales Bulging der gering dehydrierten Bandscheibe. Schwere, hypertrophe Fazettengelenkarthrose rechts mit Reizzustand und moderate Fazettengelenkarthrose links. Schwere ossäre Foramenstenose rechts. Leichte Foramenstenose links.

C4/5: Initiale Unkovertebralarthrose. Flaches breitbasiges dorsales Bulging der leicht dehydrierten Bandscheibe. Bilaterale moderate Fazettengelenkarthrose. Bilaterale moderate Foramenstenose.

C5/6: Fortgeschrittene Unkovertebralarthrose. Kräftige anteriore Spondylose. Flache breitbasige dorsale Protrusion der dehydrierten Bandscheibe. Moderate zentrale Spinalkanalstenose mit geringer Pelottierung des Myelons von anterior, keine Myelopathie. Bilaterale moderate Fazettengelenkarthrose. Fortgeschrittene Foramenstenose rechts und moderate Foramenstenose links.

C6/7: Fortgeschrittene Unkovertebralarthrose mit leichtem Reizzustand. Kräftige anteriore Spondylophyten. Breitbasige dorsale Discusprotrusion. Moderate bilaterale Fazettengelenkarthrose. Mässige zentrale Spinalkanalstenose. Schwere bilaterale osteodiscale Foramenstenose.

C7/Th1: Gering dehydrierte Bandscheibe. Keine Spinalkanalstenose oder Foramenstenose.

Th1/2: Gering dehydrierte Bandscheibe. Keine Neurokompression.

Zervikale Weichteile ohne Besonderheit. Normotrophe paraspinale Muskulatur.

Dr. J. ___ hält in seinem Bericht zusammenfassend fest, dass sich in der Bildgebung multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS mit fortgeschrittenen Unkovertebralarthrosen und kräftigen anterioren Spondylophyten in den Segmenten C5/6 und C6/7 sowie Facettengelenkarthrosen mit dem Punctum maximum bei C3/4 mit dort rechts betonter schwerer Fazettengelenkarthrose mit Reizzustand ergeben hätten. Weiter hätten sich eine moderate zentrale Spinalkanalstenose mit leichter Pelottierung des Myelons von anterior im Segment C5/6 sowie Foramenstenosen von C3 bis C7 unterschiedlicher Ausprägung präsentiert.

4.17 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. K. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 106) werden folgende Diagnosen gestellt:

1. Verdacht auf proximale C7-Radikulopathie rechts bei

-Segmentdegeneration C5/6 sowie C6/7 mit hochgradiger Foramenstenose C6 sowie C7 beidseits

2. St. n. unklaren Frakturen HWK 5 und 6 11/2021

Dr. K. ___ führt in seinem Bericht aus, dass der Beschwerdeführer seit einem Auffahrunfall im November 2021 an bestehenden Nackenschmerzen sowie vor allem an ausstrahlenden Schmerzen im Bereich der Pars ascendens des Musculus trapezius sowie des Margo medialis der Scapula rechtsseitig leide. Die Bildgebung mittels MRI zeige eine schwere, multisegmentale Degeneration mit multiplen Facettengelenksarthrosen sowie als Hauptbefund eine Foramenstenose C6 sowie C7 beidseits. Bei vor allem ausstrahlenden Beschwerden erfolge in einem nächsten Schritt eine diagnostisch-therapeutische Nervenwurzelblockade C7 rechts. Das Vorgehen, die Risiken sowie die Komplikationen seien mit dem Beschwerdeführer ausführlich besprochen worden. Der Beschwerdeführer werde ausserdem heimatnahe eine chiropraktische Behandlung durchführen. Es erfolge ausserdem physiotherapeutisches Beüben. Eine erneute klinische Verlaufskontrolle in der Sprechstunde von Dr. K. ___ erfolge in vier bis sechs Wochen nach Infiltration. Falls die Nackenschmerzen weiterhin im Vordergrund stehen würden, werde eine Facettengelenksinfiltration zu diskutieren sein.

4.18 Im Sprechstundenbericht von Dr. K. ___ vom 7. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) werden folgende Diagnosen gestellt:

Verdacht auf proximale C7-Radikulopathie rechts bei

-Segmentdegeneration C5/6 sowie C6/7 mit hochgradiger Foramenstenose C6 sowie C7 beidseits

-St. n. Frakturen HWK 5 und

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2024 (A.S. 39 ff.) die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 5. April 2024. 2.3 In seiner Replik vom 28. Mai 2024 (A.S. 49 ff.) hält der Beschwerdeführer an den Rechtsbegehren gemäss Beschwerde vom 29. Februar 2024 fest. 2.4 Mit Eingabe vom 16. August 2024 (A.S. 34) teilt die Beschwerdegegnerin mit, auf die Einreichung einer einlässlichen Duplik zu verzichten und an der beantragten Abweisung der Beschwerde festzuhalten. 2.5 Mit Verfügung vom 4. April 2025 (A.S. 77 f.) wird dem Beschwerdeführer Gelegenheit geboten, zum nachträglich bei der Beschwerdegegnerin eingeholten Polizeirapport vom 5. Dezember 2021 (A.S. 76.1 ff.) ergänzend Stellung zu nehmen. Der Beschwerdeführer reicht hierauf mit Eingabe vom 29. April 2025 (A.S. 80 ff.) eine ergänzende Stellungnahme ein. 2.6 Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird soweit erforderlich in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Soweit sich die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 30. Januar 2024 (A.S. 1 ff.) richtet, sind die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation der beschwerdeführenden Partei) erfüllt und ist folglich auf die Beschwerde einzutreten. Soweit sich die Beschwerde gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Juni 2023 (Suva-Nr. 114) richtet, kann mangels eines zulässigen Anfechtungsobjekts nicht darauf eingetreten werden. Der Einspracheentscheid tritt an die Stelle der Verfügung (Urteil des Bundesgerichts 9C_360/2019 vom 20. August 2019 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1). Er bildet somit alleiniges Anfechtungsobjekt für ein nachfolgendes Rechtspflegeverfahren. 2. 2.1 Versicherungsleistungen nach dem Bundesgesetz über die obligatorische Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Im Versicherungsfall hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sowohl bei der Heilbehandlung als auch beim Taggeld handelt es sich – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – um vorübergehende Leistungen. Sie sind – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (statt vieler BGE 134 V 109 E. 4.1). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Hat sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). 2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit

eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (statt vieler BGE 129 V 177 E. 3.1).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Zudem sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4 mit Hinweisen). Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während bei Schleudertraumata und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule (HWS) sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen).

2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende 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 mit Hinweisen). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein,

ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Kaspar Gehring, in: Ueli Kieser et al. [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 4 ATSG N 40; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 5.2).

3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (sog. antizipierte oder vorweggenommene Beweiswürdigung). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2023 vom 22. Mai 2024 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2023 E. 4.1). Ein Aktenbericht bzw. -gutachten ist beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). 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. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2023 vom 22. Mai 2024 E. 3.3 mit Hinweisen).

4. 4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per 1. Juli 2023 eingestellt hat. Hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende Unterlagen im Recht:

4.2 Dr. med. B.____, Facharzt für Radiologie, stellt in seinem Radiologiebericht vom 11. November 2021 (Suva-Nr. 16)

gestützt auf das am gleichen Tag erstellte Röntgen der HWS des Beschwerdeführers folgenden Befund: Uncovertebralarthrosen der unteren HWS unter Akzentuierung HWK (Halswirbelkörper) 5 bis 7 sowie spondylarthrotische Veränderung der HWS im mittleren Abschnitt rechtsseitig akzentuiert, keine ossäre Destruktion, keine Fraktur, Streckhaltung der HWS, regelrechte Darstellung der atlantoaxialen Einheit. 4.3 Laut Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma von Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. November 2021 (Suva-Nr. 15), beschrieb der Beschwerdeführer den Unfallhergang anlässlich der am gleichen Tag erfolgten Konsultation dergestalt, dass er heute – d.h. am 9. November 2021 – um 6.30 Uhr am Rotlicht stehend angefahren worden sei. Hinsichtlich des Beschwerdeverlaufs seit dem Unfall habe der Beschwerdeführer spontan angegeben, dass er eine Stunde nach dem Unfall an Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Schwindel und Übelkeit gelitten habe. Auf Nachfrage hin habe er zudem angegeben, dass Erbrechen, Hörstörungen, Sehstörungen und Schlafstörungen sofort eingetreten seien. Bei der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers hätten Bewegungsschmerzen, Ruheschmerzen und Druckschmerzen, nicht jedoch Stauchungsschmerzen an der Wirbelsäule festgestellt werden können. Eine Klassifikation des Schleudertraumas anhand der Klassifikation der Quebec Task Force (QTF) nahm Dr. C.____ nicht vor. 4.4 Im Arzzeugnis UVG von Dr. C.____ vom 5. Dezember 2021 (Suva-Nr. 14) wird unter Verweis auf den Befund des Röntgens vom 11. November 2021 – siehe oben Ziff. 4.2 – sowie auf den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 9. November 2021 – siehe oben Ziff. 4.3 – die Diagnose einer erheblichen Distorsion der HWS bei Dezelerationstrauma vom 9. November 2021 gestellt. Besondere Umstände, die den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten, werden verneint. 4.5 Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, stellt in seinem Radiologiebericht vom 22. Dezember 2021 (Suva-Nr. 23) gestützt auf die am Vortag erstellte Magnetresonanztomografie (MRT) der Wirbelsäule folgenden Befund: Streckhaltung der HWS; ödematöse Veränderungen im HWK 5 und 6, angrenzend prävertebrale Auftreibung und Verdacht auf paravertebrales Hämatom sowie etwas inhomogene T2-hyperintense Darstellung der grossen ventralen Spondylophyten an HWK 5 und 6; angrenzendes vorderes Längsband nicht sicher zu differenzieren; grosse Retrospondylophyten auf dieser Höhe ohne intraspinales Hämatom mit relativer Spinalkanalstenose und Kontakt zum Myelon von ventral, grenzwertig noch ohne Myelopathie und mit dorsal minimal erhaltenem Liquorsaum; Atlantodentalarthrose; interspinös kein relevantes Ödem nachweisbar; allgemeine enge Neuroforamina HWK 3 bis 7; beidseits symmetrisch, bei Discusbulging HWK 5/6 und 6/7 mit neuroforaminalen Anteil und V. a. Kompression der C7 Wurzel beidseits. Dr. D.____ führt im Bericht aus, dass sich in der MRT eine frische Fraktur des ventralen Spondylophyten HWK 5/6 sowie ein Wirbelkörperödem zeige. Die Wirbelkörperfraktur sei stabil. Es liege weder eine Höhenminderung noch eine Deckplattenimpression der HWK 5 und 6 vor. Degenerativ bedingt bestehe eine noch knapp relative Spinalkanalstenose auf dieser Höhe, jedoch ohne Anzeichen einer Myelopathie. Es bestehe der Verdacht auf eine neuroforaminale Kompression der C7-Wurzel beidseits. 4.6 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, vom 25. Januar 2022 (Suva-Nr. 130) werden folgende Diagnosen gestellt: Hauptdiagnosen 1. Z. n. Autoauffahrunfall vom 11/2021 mit seitdem bestehenden starken Zervikalgien und Zervikobrachialgien sowie Lumbalgien und lumboischialgieformen Ausstrahlungen ins linke Bein 2. Stabile-Frakturen von HWK 5 und 6 mit Knochenmarksödem und Fraktur der

ventralen Spondylophyten zwischen HWK 5/6 Dr. E.____ führt in seinem Bericht aus, dass die Primärdiagnostik mittels Röntgen- und MRI-Untersuchung (MRI engl. für magnetic resonance imaging) der HWS ein Knochenmarködem in HWK 5 und HWK 6 sowie eine Fraktur der ventralen Spondylophyten von HWK 5/6 nachgewiesen habe. Der Beschwerdeführer habe mit Physiotherapie begonnen, was eine leichte Linderung der Beschwerden gebracht habe. Die Schmerzsymptomatik sei jedoch immer noch vorhanden. Bei der Untersuchung zeige der Beschwerdeführer ein normales Gangbild. Die differenzierten Gang- und Standarten seien problemlos vorführbar. Im lumbosacralen Übergang paravertebral rechts zeige sich eine deutliche Druckdolenz. Sensomotorische Ausfälle der unteren Extremitäten seien keine festzustellen. Weiter präsentiere sich an der HWS paravertebral beidseits und entsprechend an beiden Musculi trapezii eine deutliche Druckempfindlichkeit. Die Rotation der HWS sei beidseits bis maximal 40° möglich. Die Reklination sei eingeschränkt, die Inkliniation fast vollständig. Spurling- und Lhermitte-Zeichen seien negativ. Es seien keine Langbahnzeichen feststellbar. Sensomotorische Ausfälle der oberen Extremitäten gebe es keine. Das Vegetativum sei normal. Nach Dr. E.____ stünden die Beschwerden ganz klar in Zusammenhang mit dem HWS- Beschleunigungstrauma. Die Frakturen bräuchten sicherlich drei bis sechs Monate bis zur Verheilung. Hinter den Beschwerden stehe auch eine Traumatisierung der Facettengelenke. Wegen den lumbalen Beschwerden sei eine Röntgen- und MRI-Untersuchung in die Wege geleitet worden, um eine mögliche Traumafolge auszuschliessen.

4.7 Im Sprechstundenbericht von Dr. E.____ vom 22. Februar 2022 (Suva-Nr. 31) werden folgende Diagnosen gestellt: Hauptdiagnosen 1. Z. n. Autoauffahrunfall vom 11/2021 mit seitdem bestehenden starken Zervikalgien und Zervikobrachialgien sowie Lumbalgien und lumboischialgieformen Ausstrahlungen ins linke Bein 2. Stabile Frakturen von HWK 5 und 6 mit Knochenmarksödem und Fraktur der ventralen Spondylophyten zwischen HWK 5/6 3. Posttraumatische Lumbalgien, mehrsegmentale Facettengelenksarthrose der LWS (Lendenwirbelsäule) Dr. E.____ führt in seinem Bericht aus, dass die frischen Röntgenaufnahmen der LWS keine Frakturen und keine Instabilität zeigten. Die MRI-Aufnahmen der LWS zeigten eine mehrsegmentale Diskopathie und Facettengelenksarthrose ohne bedeutende Spinalkanalstenose.

4.8 Dipl. med. F.____, Oberärztin i.V., stellt in ihrem Radiologiebericht vom 25. April 2022 (Suva-Nr. 50) gestützt auf das am gleichen Tag erstellte Röntgen der HWS folgenden Befund: Symmetrischer Stand des Dens axis; HWS seitlich erfasst bis inkl. HWK 5, in diesen Segmenten regelrechtes ventrales, dorsales und spinolaminäres Alignment. Keine Höhenminderung der Wirbelkörper oder Zwischenwirbelräume. Bekannte ausgeprägte ventrale Spondylophyten bei HWK 5/6; regelrechte Knochenmineralisation; unauffällige Weichteile.

4.9 Im Sprechstundenbericht von Dr. E.____ vom 25. April 2022 (Suva-Nr. 39) werden die Diagnosen laut Sprechstundenbericht vom 22. Februar 2022 – siehe oben Ziff. 4.4 –wiederholt. Die heute angefertigten Röntgenaufnahmen der HWS hätten keine sekundäre Dislokation der Frakturen gezeigt. Es würden stabile Verhältnisse bestehen.

4.10 Dr. med. G.____, Oberärztin i.V., stellt in ihrem Radiologiebericht vom 22. Juni 2022 (Suva-Nr. 61) gestützt auf das am Vortag erstellte Röntgen der HWS folgenden Befund: Regelrechtes anteriores und posteriores cervicales Alignment; bekannte Fraktur des anterioren inferioren Syndesmophyt des HWK 6 ohne sekundäre Dislokation; keine zunehmende Höhenminderung der HWK 5 und 6; schlanke prävertebrale Weichteile.

4.11 Im Sprechstundenbericht von Dr. E.____ vom 21. Juni 2022 (Suva-Nr. 56) werden die Diagnosen laut Sprechstundenbericht vom 22. Februar 2022 – siehe oben Ziff. 4.4 –

erneut wiederholt. Die heute angefertigten Röntgenaufnahmen der HWS hätten weiterhin keine sekundäre Dislokation der Frakturen zeigen. Es würden stabile Verhältnisse bestehen.

4.12 In der neurologischen Beurteilung von Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, vom 14. September 2022 (Suva-Nr. 67) werden folgende Diagnosen gestellt: Status nach Heckkollision am 09.11.2021 - Aktuell neurologisch unauffällig - Grad IV gemäss QTF-Klassifikation Dr. H.____ hält in seiner Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführer vor ca. zehn Monaten eine erhebliche Heckkollision erlitten habe mit einer bildgebend nachgewiesenen Fraktur eines Spondylophyten zwischen dem fünften und sechsten HWK. Definitionsgemäss handle es sich somit um einen Grad IV eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas gemäss QTF-Klassifikation. Neurologische Defizite hätten weiterhin nicht festgestellt werden können, wie dies bereits unmittelbar nach dem Unfall auch der Fall gewesen sei. Dementsprechend sei es beim Unfall nicht zu traumatisch bedingten Schäden im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems gekommen. Die weiterhin bestehenden zervikalen Beschwerden seien deskriptiv als zervikobrachiales und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom zu bezeichnen, die fehlende Symptomverbesserung während zehn Monaten nach dem Unfall sei nach Erachten von Dr. H.____ etwas ungewöhnlich, andererseits hätten sich die Lumbalgien deutlich gebessert und der Beschwerdeführer habe an der HWS eine Fraktur aufgrund des Unfalls erlitten. Dementsprechend erscheine eine protrahierte Rückbildung dieser Zervikalgien durchaus als möglich. An der aktuellen Behandlung hält Dr. H.____ die fortgesetzte tägliche Einnahme von Akutanalgetika für ungünstig. In diesem Zusammenhang wäre eine mehr schmerzdistanzierende Behandlung vermutlich sinnvoller, der Beschwerdeführer erhalte diesbezüglich bereits Sirdalud. Aus neurologischer Sicht bestehe aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten aufgrund der fehlenden traumatischen Schädigung des zentralen und peripheren Nervensystems als Folge des Ereignisses vom 9. November 2021. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der Fraktur an der HWS müsste durch einen Rheumatologen erfolgen.

4.13 Im Sprechstundenbericht von Dr. E.____ vom 23. August 2022 (Suva-Nr. 80) werden die Diagnosen gemäss Sprechstundenbericht vom 22. Februar 2022 – siehe oben Ziff. 4.4 – erneut wiederholt. Dr. E.____ führt in seinem Bericht aus, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers unverändert seien. Der Beschwerdeführer beklage weiterhin axiale Nackenschmerzen sowie Lumbalgien mit ab und zu Ausstrahlungen ins linke Bein. Die Therapie werde konsequent fortgesetzt. Der Beschwerdeführer arbeite momentan zu 30 %. Eine weitere neurologische Untersuchung sei im September 2022 geplant.

4.14 Dr. med. I.____, Facharzt für Radiologie, stellt in seinem Radiologiebericht vom 31. Oktober 2022 (Suva-Nr. 81) gestützt auf das am gleichen Tag durchgeführte MRI der Wirbelsäule (HWS) folgenden Befund: Unauffälliges zervikales Myelon (bis BWK 2 miterfasst) ohne Signalalteration oder Atrophie. Bekannte Streckfehlhaltung der HWS mit fokaler kyphotischer Fehlstellung der unteren HWS. Erhaltenes Alignment der Hinterkante. Keine Höhenminderung oder Signalalteration der Wirbelkörper. Multisegmentale hypertrophe Facettengelenkarthrose ohne subchondrales Knochenmarködem. Regelrechte paravertebrale Weichteile. HWK 2/3: Keine Diskushernie oder Spinalkanalstenose. Stationäre osteogene neuroforaminale Enge links mit Kontakt Nervenwurzel C3 links ohne Kompression. HWK 3/4: Keine Diskushernie oder Spinalkanalstenose. Stationäre rechtsbetonte osteogene neuroforaminale Enge mit Kontakt Nervenwurzel C4 rechts ohne Kompression. HWK 4/5: Keine Diskushernie oder Spinalkanalstenose. Unveränderte osteogene neuroforaminale Enge ohne Kontakt zur Nervenwurzel. HWK 5/6: Stationäre rechts paramedian betonte

breitbasige Diskusextrusion mit moderater diskoligamentärer Spinalkanalstenose. Osteodiskogene neuroforaminale Enge ohne Kontakt zur Nervenwurzel. HWK 6/7: Stationäre breitbasige Diskusprotrusion mit der leichtgradiger diskoligamentärer Spinalkanalstenose. Unveränderte linksbetonte osteodiskogene neuroforaminale Enge mit Kompression der Nervenwurzel C7 (links > rechts). HWK 7/BWK 1: Keine Diskushernie, Spinalkanalstenose oder neuroforaminale Kompression. Dr. I.____ führt in seinem Bericht aus, dass keine akute Wirbelkörperfraktur zervikal festzustellen sei. Zur Voruntersuchung von Dezember 2021 zeige sich eine stationäre Diskushernie HWK 5/6 mit moderater Spinalkanalstenose. Weiter zeige sich eine unveränderte neuroforaminale Kompression Nervenwurzel C7, linksbetont. Hingegen sei keine hochgradige Spinalkanalstenose oder Myelopathie zervikal zu erkennen. 4.15 Im Sprechstundenbericht von Dr. E.____ vom 29. November 2022 (Suva-Nr. 89) werden die Diagnosen gemäss Sprechstundenbericht vom 22. Februar 2022 – siehe oben Ziff. 4.4 – erneut wiederholt. Dr. E.____ führt in seinem Bericht aus, dass die Beschwerden im Nacken des Beschwerdeführers persistierend seien. Der Beschwerdeführer sei auf die peroralen Schmerzmedikamente angewiesen. Bei jeder Belastung spüre er eine Zunahme der Zervikalgien. In der Zwischenzeit sei eine MRI-Kontrolluntersuchung der HWS durchgeführt worden. Bei dieser habe sich keine richtunggebende Veränderung gezeigt. Die Frakturen hätten kein Knochenmarksödem mehr gezeigt. [Dagegen] zeige sich die zentrale Bandscheibenprotrusion C5/6 in unverändertem Ausmass mit relativer Spinalkanalstenose. Ebenfalls stationär sei die Foraminalstenose C6/7 linksbetont. Die Beschwerden seien weiterhin eindeutig auf das Schleudertrauma der HWS zurückzuführen. Der Beschwerdeführer könne weiterhin maximal ein 30%iges Arbeitspensum ausüben. 4.16 Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, stellt in seinem Radiologiebericht vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 109) gestützt auf die gleichentags durchgeführten Untersuchungen folgenden Befund: Röntgen HWS ap/seitlich: Geringe Anterolisthese von HWK 3 um 2 mm. Ansonsten erhaltenes sagittales Alignment der Halswirbelkörper. Aufgehobene Halslordose. Degenerative Veränderungen der Atlantooccipital- und Atlantoaxialgelenke. Multisegmentale Facettengelenkarthrosen. Minimale anteriore Spondylophyten HWK 4/5 und kräftige, teils ossär überbrückende anteriore Spondylophyten HWK 5/6 und HWK 6/7. Keine Wirbelkörperhöhenminderung/Fraktur. MRI HWS: Nach kaudal abgebildete Segmente bis zur Bodenplatte BWK 2. Liegend nur minimale Anterolisthese von HWK 3 um 1 mm. Ansonsten erhaltenes Wirbelkörperalignment. Aufgehobene Halslordose. In den vorliegenden Sequenzen unauffällige Darstellung der basal abgebildeten Hirnabschnitte. Primär normal weit angelegter zervikaler Spinalkanal. Unauffälliges Signal des Myelons, keine Myelopathie. Moderate degenerative Veränderungen atlantooccipital, atlantodental und der lateralen atlantoaxialen Gelenke. C2/3: Leicht dehydrierte Bandscheibe mit flacher links foraminaler Protrusion. Bilaterale moderate Fazettengelenkarthrose. Moderate Foramenstenose links. C3/4: Flaches breitbasiges dorsales Bulging der gering dehydrierten Bandscheibe. Schwere, hypertrophe Fazettengelenkarthrose rechts mit Reizzustand und moderate Fazettengelenkarthrose links. Schwere ossäre Foramenstenose rechts. Leichte Foramenstenose links. C4/5: Initiale Unkovertebralarthrose. Flaches breitbasiges dorsales Bulging der leicht dehydrierten Bandscheibe. Bilaterale moderate Fazettengelenkarthrose. Bilaterale moderate Foramenstenose. C5/6: Fortgeschrittene Unkovertebralarthrose. Kräftige anteriore Spondylose. Flache breitbasige dorsale Protrusion der dehydrierten Bandscheibe. Moderate zentrale Spinalkanalstenose mit geringer Pelottierung des Myelons von anterior, keine Myelopathie. Bilaterale moderate Fazettengelenkarthrose.

Fortgeschrittene Foramenstenose rechts und moderate Foramenstenose links. C6/7: Fortgeschrittene Unkovertebralarthrose mit leichtem Reizzustand. Kräftige anteriore Spondylophyten. Breitbasige dorsale Discusprotrusion. Moderate bilaterale Fazettengelenkarthrose. Mässige zentrale Spinalkanalstenose. Schwere bilaterale osteodiscale Foramenstenose. C7/Th1: Gering dehydrierte Bandscheibe. Keine Spinalkanalstenose oder Foramenstenose. Th1/2: Gering dehydrierte Bandscheibe. Keine Neurokompression. Zervikale Weichteile ohne Besonderheit. Normotrophe paraspinale Muskulatur. Dr. J. ___ hält in seinem Bericht zusammenfassend fest, dass sich in der Bildgebung multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS mit fortgeschrittenen Unkovertebralarthrosen und kräftigen anterioren Spondylophyten in den Segmenten C5/6 und C6/7 sowie Facettengelenkarthrosen mit dem Punctum maximum bei C3/4 mit dort rechts betonter schwerer Fazettengelenkarthrose mit Reizzustand ergeben hätten. Weiter hätten sich eine moderate zentrale Spinalkanalstenose mit leichter Pelottierung des Myelons von anterior im Segment C5/6 sowie Foramenstenosen von C3 bis C7 unterschiedlicher Ausprägung präsentiert. 4.17 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. K. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 106) werden folgende Diagnosen gestellt: 1. Verdacht auf proximale C7-Radikulopathie rechts bei - Segmentdegeneration C5/6 sowie C6/7 mit hochgradiger Foramenstenose C6 sowie C7 beidseits 2. St. n. unklaren Frakturen HWK 5 und 6 11/2021 Dr. K. ___ führt in seinem Bericht aus, dass der Beschwerdeführer seit einem Auffahrunfall im November 2021 an bestehenden Nackenschmerzen sowie vor allem an ausstrahlenden Schmerzen im Bereich der Pars ascendens des Musculus trapezius sowie des Margo medialis der Scapula rechtsseitig leide. Die Bildgebung mittels MRI zeige eine schwere, multisegmentale Degeneration mit multiplen Facettengelenksarthrosen sowie als Hauptbefund eine Foramenstenose C6 sowie C7 beidseits. Bei vor allem ausstrahlenden Beschwerden erfolge in einem nächsten Schritt eine diagnostisch-therapeutische Nervenwurzelblockade C7 rechts. Das Vorgehen, die Risiken sowie die Komplikationen seien mit dem Beschwerdeführer ausführlich besprochen worden. Der Beschwerdeführer werde ausserdem heimatnahe eine chiropraktische Behandlung durchführen. Es erfolge ausserdem physiotherapeutisches Beüben. Eine erneute klinische Verlaufskontrolle in der Sprechstunde von Dr. K. ___ erfolge in vier bis sechs Wochen nach Infiltration. Falls die Nackenschmerzen weiterhin im Vordergrund stehen würden, werde eine Facettengelenksinfiltration zu diskutieren sein. 4.18 Im Sprechstundenbericht von Dr. K. ___ vom 7. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) werden folgende Diagnosen gestellt: Verdacht auf proximale C7-Radikulopathie rechts bei - Segmentdegeneration C5/6 sowie C6/7 mit hochgradiger Foramenstenose C6 sowie C7 beidseits - St. n. Frakturen HWK 5 und

E. 5.2

5.2.1 In formeller Hinsicht ist zur Beurteilung von Dr. L. ___ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) Folgendes festzuhalten: 5.2.2 Die Versicherungsärzte der Suva sind nach ihrer Funktion und ihrer beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_51/2023 vom 15. Juni 2023 E. 5.2). Entsprechend ist Dr. L. ___ ohne Weiteres dazu befähigt, vorliegend eine ärztliche Beurteilung abzugeben. 5.2.3 Bei der Beurteilung von Dr. L. ___ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) handelt es sich um einen Aktenbericht. Wie

unter Ziff. 3.2 oben bereits erwähnt, ist ein solcher beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). Dass Dr. L.____ den Beschwerdeführer nicht selbst untersuchte, ist nicht zu beanstanden. Zum einen waren von einer eigenen klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten; zum anderen ist der Fall des Beschwerdeführers aufgrund der zahlreichen radiologischen Untersuchungen auch im Verlauf sehr gut dokumentiert. Im Wesentlichen geht es damit nur noch um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts.

E. 5.3

5.3.1 In materieller Hinsicht ist zur Beurteilung von Dr. L.____ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) Folgendes festzuhalten: 5.3.2 Die Beurteilung von Dr. L.____ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) stützt sich auf die umfangreichen Vorakten der Beschwerdegegnerin, darunter insbesondere die Bilderzeugnisse der radiologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 11. November 2021 (Röntgen HWS), 21. Dezember 2021 (MRI HWS), 25. Januar 2022 (Röntgen HWS), 31. Januar 2022 (Röntgen und MRI LWS), 25. April 2022 (Röntgen HWS), 21. Juni 2022 (Röntgen HWS), 31. Oktober 2022 (MRI HWS) und 4. Mai 2023 (Röntgen und MRI HWS). Dr. L.____ führt in seiner Beurteilung aus, dass im Radiologiebericht von Dr. J.____ vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 109) keine Residuen der Fraktur des ventralen Spondylophyten C5/6 bzw. des Wirbelkörpers HWK 5/6 beschrieben würden. Hingegen kämen [im MRI] multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS zur Darstellung. Im Sprechstundenbericht [von Dr. K.____] vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 106) werde der Verdacht auf eine proximale C7-Radikulopathie rechts bei Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit hochgradiger Foramenstenose C6 und C7 beidseits geäussert. Die entsprechenden degenerativen Befunde kämen bereits im MRI vom 21. Dezember 2021 zur Darstellung und könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 9. November 2021 zurückgeführt werden.

E. 5.3.3

5.3.3.1 Was der Beschwerdeführer in seinen Eingaben an das Versicherungsgericht vom 29. Februar 2024 (A.S. 13 ff.), 28. Mai 2024 (A.S. 49 ff.) und 18. September 2024 (A.S. 71 ff.) gegen die Beweiswertigkeit der versicherungsärztlichen Beurteilung vorbringt, erweist sich – wie im Folgenden gezeigt wird – als nicht stichhaltig. 5.3.3.2 Der Beschwerdeführer rügt zunächst, dass die Beurteilung von Dr. L.____ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) jener von Dr. H.____ widerspreche, der in seinem Bericht vom 14. September 2022 festgehalten habe, dass die MRI-Untersuchung keine relevanten degenerativen Pathologien zeige. Die Beurteilung von Dr. H.____ wird vom Beschwerdeführer verkürzt zitiert. Dr. H.____ führt in seinem Bericht vom 14. September 2022 (Suva-Nr. 67) Folgendes aus: «[Das] konventionelle Röntgen der HWS vom November 2021 zeigt spondylarthrotische Veränderungen der mittleren HWS ohne Frakturachweis. Die MRI-Untersuchung der HWS vom Dezember 2021 ergibt dann eine frische Fraktur eines ventralen Spondylophyten zwischen dem fünften und sechsten Halswirbelkörper, die entsprechenden konventionellen Röntgen- und MRI-Untersuchungen der LWS zeigen keine relevanten degenerativen oder traumatisch bedingten Pathologien.» Die vom Beschwerdeführer zitierte Textstelle aus dem Bericht von Dr. H.____, wonach die MRI-Untersuchung keine relevanten degenerativen

Pathologien zeige, bezieht sich somit auf die LWS, wohingegen die Feststellung degenerativer Veränderungen im Bericht von Dr. L.____ die HWS betrifft. Zur HWS hält Dr. H.____ lediglich fest, dass sich im konventionellen Röntgen vom November 2021 spondylarthrotische Veränderungen der mittleren HWS ohne Fraktur nachweis gezeigt hätten. Die MRI-Untersuchung vom Dezember 2021 habe dann eine frische Fraktur eines ventralen Spondylophyten zwischen dem fünften und sechsten Halswirbelkörper ergeben. Als Spondylarthrose wird das Auftreten chronisch-degenerativer Veränderungen (Arthrose) an den Facettengelenken bezeichnet (siehe <https://flexikon.doccheck.com/de/Spondylarthrose>; zuletzt besucht am 10. März 2025). Ein Widerspruch zwischen den Beurteilungen von Dr. L.____ und Dr. H.____ ist insofern nicht ersichtlich.

5.3.3.3 Der Beschwerdeführer rügt weiter, dass sich die von Dr. L.____ angesprochenen degenerativen Veränderungen exakt auf Höhe der Fraktur des ventralen Spondylophyten zwischen HWK 5 und 6 befinden, weshalb entgegen der Beurteilung von Dr. L.____ klarerweise davon auszugehen sei, dass die degenerativen Veränderungen unfallbedingt seien. Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers können nicht bloss auf Höhe der HWK 5 und 6 degenerative Veränderungen an der HWS des Beschwerdeführers festgestellt werden. Die HWS besteht aus insgesamt sieben Halswirbeln, wobei i.d.R. die ersten zwei – C1 (Atlas) und C2 (Axis) – als obere, die nächsten drei – C3 bis C5 – als mittlere und die letzten zwei – C6 und C7 (Vertebra prominens) – als untere Halswirbel bezeichnet werden (vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Halswirbelsäule>, zuletzt besucht am 10. März 2025).

Bereits im Radiologiebericht von Dr. B.____ vom 11. November 2021 (Suva-Nr. 16) werden gestützt auf das am gleichen Tag durchgeführte Röntgen erhebliche multisegmentale degenerative Veränderungen beschrieben. Als Befund werden Uncovertebralarthrosen der unteren HWS unter Akzentuierung der HWK 5 bis 7 sowie spondylarthrotische Veränderung der HWS im mittleren Abschnitt rechtsseitig akzentuiert genannt. Im Radiologiebericht von Dr. D.____ vom 22. Dezember 2021 (Suva-Nr. 23) wird gestützt auf das am Vortag durchgeführte MRI der Befund einer allgemeinen Enge der Neuroforamina im Bereich der HWK 3 bis 7 gestellt, beidseits symmetrisch. Zusätzlich zeige sich ein Discusbulging bei den HWK 5/6 und 6/7 mit neuroforaminalem Anteil. Schliesslich bestehe der Verdacht auf eine Kompression der C7-Wurzel beidseits, was im Radiologiebericht von Dr. I.____ vom 31. Oktober 2022 (Suva-Nr. 81) bestätigt wird. Dass die degenerativen Veränderungen unfallbedingt und nicht bereits vorbestehend seien, ist somit offensichtlich unzutreffend.

5.3.3.4 Der Beschwerdeführer bringt sodann vor, dass in keiner Weise erstellt sei, dass ein relevanter Vorzustand vorliege, wie dies Dr. L.____ behauptete. Unter Verweis auf den Aufsatz von Dr. Hans Rudolf Stöckli, Das medizinische Kausalitätsgutachten, Probleme der Kausalitätsbeurteilung aus Sicht des medizinischen Gutachters, in: Stephan Weber (Hrsg.), Personen-Schaden-Forum 2009, Tagungsbeiträge, Zürich 2009, S. 71 ff., S. 87, hält der Beschwerdeführer fest, dass leichte bis mässige, also «übliche» degenerative Veränderungen der Wirbelsäule für sich allein genommen gewöhnlich nicht genügen würden, um eine relevante konkurrierende Kausalität zu postulieren. Der Aufsatz von Dr. Stöckli wird vom Beschwerdeführer ebenfalls verkürzt zitiert. Dr. Stöckli führt in seinem Aufsatz Folgendes aus: «[...] Damit genügen leichtere bis mässige, also «übliche» degenerative Veränderungen der Wirbelsäule alleine genommen gewöhnlich nicht, um eine relevante konkurrierende Kausalität zu postulieren. Sind allerdings die ereignisunabhängigen degenerativen Veränderungen derart schwer, dass jede andere, alltäglich vorkommende Belastung etwa zur gleichen Zeit die Erscheinungen

ausgelöst hätte, so ist die natürliche Kausalität selbstverständlich zu verneinen. In anderen Fällen lassen sich vorbestehende degenerative Veränderungen dann als relevante konkurrierende Kausalität postulieren, wenn sie erheblich sind und/oder wenn zusätzliche Hinweise auf entsprechende Vorbeschwerden oder damit korrelierende klinische Befunde nachweisbar sind, die über dem Üblichen liegen. Zu den Kreuz- und Nackenschmerzen ist ganz generell festzuhalten, dass entsprechend dem günstigen Spontanverlauf der sporadischen (krankheitsbedingten) Rückenschmerzen, auch der Verlauf von unfallbedingten Rückenschmerzen üblicherweise günstig ist, so dass die allermeisten dieser Patienten früher oder später den Status quo ante oder quo sine erreichen werden. Andererseits muss auf Grund der epidemiologischen Daten mit hoher Häufigkeit von spontanen Rückenschmerzen die Latte für die Annahme von unfallbedingten anhaltenden chronischen Rückenschmerzen (lumbal oder zervikal) ebenfalls relativ hoch angesetzt werden.» Was vorliegenden Fall betrifft, so kann – wie unter Ziff. 5.3.3.3 oben erwähnt – festgestellt werden, dass in den Radiologieberichten von Dr. B. ___ vom 11. November 2021 (Suva-Nr. 16) und Dr. D. ___ vom 22. Dezember 2021 (Suva-Nr. 23), die zwei Tage bzw. sechs Wochen nach dem Unfall vom 9. November 2021 datieren, erhebliche multisegmentale degenerative Veränderungen der Wirbelsäule beschrieben werden, die nicht auf den Unfall zurückgeführt werden können. Entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers liegt damit offensichtlich ein relevanter Vorzustand vor. 5.3.3.5 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass von einer richtunggebenden Verschlechterung eines zuvor stummen Vorzustands auszugehen sei, falls fälschlicherweise angenommen werde, dass bereits vor dem Unfall degenerative Veränderungen vorgelegen hätten. Hierzu äussere sich Dr. L. ___ überhaupt nicht. Dass sich Dr. L. ___ in seiner Beurteilung nicht dazu äussere, ob eine richtunggebende Verschlechterung eines zuvor stummen Vorzustands vorliege, trifft nicht zu. Indem Dr. L. ___ feststellt, dass im Radiologiebericht von Dr. J. ___ vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 109) keine Residuen der Fraktur des ventralen Spondylophyten C5/6 bzw. des Wirbelkörpers HWK 5/6 beschrieben würden, die aktuelle Problematik im Sprechstundenbericht von Dr. K. ___ vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 106) einer proximalen C7-Radikulopathie zugeordnet werde und die Unfallfolgen im Beschwerdebild des Beschwerdeführers ab dem 4. Mai 2023 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen würden, hält er implizit fest, dass keine richtunggebende Verschlechterung vorliege, sondern der Status quo sine eingetreten sei. Der Beurteilung von Dr. L. ___ entspricht, dass die im Radiologiebericht von Dr. D. ___ vom 22. Dezember 2021 (Suva-Nr. 23) erstmals erwähnte Fraktur des ventralen Spondylophyten HWK 5/6 in diesem Bericht und auch in sämtlichen weiteren Berichten stets als stabil bezeichnet wird. Unter Stabilität im Zusammenhang mit Wirbelsäulenverletzungen ist die Widerstandsfähigkeit der Wirbelsäule gegenüber physiologischen Belastungen zu verstehen, ohne dass es zur Schädigung oder Beeinträchtigung von Rückenmark oder Nervenwurzeln oder zum Auftreten oder Progress von Deformierungen und strukturellen Veränderungen kommt (Klaus Bohndorf et al., Radiologische Diagnostik der Knochen und Gelenke, 3. Auflage, Stuttgart 2014, S. 96). Weiter werden in den Berichten der behandelnden Ärzte auch keine Höhenminderung der Wirbelkörper oder Zwischenwirbelräume festgestellt. Die maximale Behandlungsdauer eines HWS-Distorsionstraumas des Schweregrads IV nach der QTF-Klassifikation beträgt gemäss Ziff. 03Ab-S des Reintegrationsleitfadens Unfall des Schweizerischen Versicherungsverbandes (abrufbar unter https://www.koordination.ch/fileadmin/files/uvgr/eintegration/4_reintegrationsleitfaden_unfall_release_2010_version_1.0.pdf; zuletzt

besucht am 11. März 2025) maximal 16 Wochen. Hinzu kommt, dass die häufigste Ursache einer zervikalen Radikulopathie degenerative Veränderungen im Bereich der HWS (Osteochondrose, Spondylarthrose, Spondylolisthese) sind, die zu einer Einengung der Foramina intervertebralia führen

(https://flexikon.doccheck.com/de/Zervikale_Radikulopathie), wie sie in den radiologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers ebenfalls festgestellt wurde. Dass Dr. L. ___ in seiner Beurteilung davon ausgeht, dass die Unfallfolgen im Beschwerdebild des Beschwerdeführers ab dem 4. Mai 2023 und damit über ein Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen und somit bloss eine vorübergehende Verschlechterung eintrat, ist nicht zu beanstanden. 5.3.3.6 Der Beschwerdeführer argumentiert weiter, dass unbestritten ein Status nach Fraktur vorliege und bei einem solchen der Status quo sine vel ante überhaupt nicht mehr eintreten könne. Dass beim Beschwerdeführer ein Status nach Fraktur vorliegt, ist richtig. Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall vom

E. 6

AO A0 11/2021

Im Bericht wird festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer eineinhalb Jahre nach einem Auffahrunfall unter Zuzug von stabilen Osteophytenfrakturen HWK 5 und HWK 6 und seither persistierenden Schmerzen im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung im Bereich der paravertebralen Muskulatur zu einer geplanten klinischen Verlaufskontrolle nach erfolgter Nervenwurzelblockade C7 bei Verdacht auf proximale C7-Radikulopathie einfinde. Der Beschwerdeführer gebe an, zu keinem Zeitpunkt von der Infiltration profitiert zu haben. Es erfolge weiterhin täglich eine analgetische Therapie mittels Novalgin, Ibuprofen sowie Pregabalin. Die Schmerzsituation sei insgesamt chronifiziert.

4.19 Die Beurteilung von Versicherungsarzt Dr. med. L. ___, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 112) ist inhaltlich zweigeteilt. Zur LWS hält Dr. L. ___ fest, dass nach eigener Einsicht in das MRI der LWS vom 31. Januar 2022 keine strukturellen Läsionen infolge des Ereignisses vom 9. November 2021 objektiviert werden könnten. Nach Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung sei der organische Zustand des Rückens in der Regel sechs Monate bzw. spätestens ein Jahr (bei degenerativen Veränderungen) nach dem Unfall so weit wiederhergestellt, wie er es wäre, wenn sich der Unfall niemals ereignet hätte. Unfallfolgen würden im Beschwerdebild im Bereich der LWS ein Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen. Zur HWS hält Dr. L. ___ fest, dass im Bericht über das MRI vom 4. Mai 2023 keine Residuen der am 22. Dezember 2021 [erstmalig] aufgeführten Fraktur des ventralen Spondylophyten C5/6 bzw. des Wirbelkörpers HWK 5/6 beschrieben würden. Im Sprechstundenbericht vom 5. Mai 2023 werde der «Verdacht auf eine «proximale C7-Radikulopathie rechts bei Segmentdegeneration C5/6 sowie C6/7 mit hochgradiger Foramenstenose C6 sowie C7 beidseits» geäußert. Die entsprechenden degenerativen Befunde würden bereits im MRI vom 21. Dezember 2021 zur Darstellung kommen und könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 9. November 2021 zurückgeführt werden. Somit würden Unfallfolgen im Beschwerdebild im Bereich der HWS ab dem 4. Mai 2023 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen.

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. Januar 2024 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf die Beurteilung von Versicherungsarzt Dr. L.____ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120). Im Folgenden gilt es daher deren Beweiswert zu prüfen.

5.2

5.2.1 In formeller Hinsicht ist zur Beurteilung von Dr. L.____ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) Folgendes festzuhalten:

5.2.2 Die Versicherungsärzte der Suva sind nach ihrer Funktion und ihrer beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharzttitel über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_51/2023 vom 15. Juni 2023 E. 5.2). Entsprechend ist Dr. L.____ ohne Weiteres dazu befähigt, vorliegend eine ärztliche Beurteilung abzugeben.

5.2.3 Bei der Beurteilung von Dr. L.____ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) handelt es sich um einen Aktenbericht. Wie unter Ziff. 3.2 oben bereits erwähnt, ist ein solcher beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). Dass Dr. L.____ den Beschwerdeführer nicht selbst untersuchte, ist nicht zu beanstanden. Zum einen waren von einer eigenen klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten; zum anderen ist der Fall des Beschwerdeführers aufgrund der zahlreichen radiologischen Untersuchungen auch im Verlauf sehr gut dokumentiert. Im Wesentlichen geht es damit nur noch um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts.

5.3

5.3.1 In materieller Hinsicht ist zur Beurteilung von Dr. L.____ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) Folgendes festzuhalten:

5.3.2 Die Beurteilung von Dr. L.____ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) stützt sich auf die umfangreichen Vorakten der Beschwerdegegnerin, darunter insbesondere die Bilderzeugnisse der radiologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 11. November 2021 (Röntgen HWS), 21. Dezember 2021 (MRI HWS), 25. Januar 2022 (Röntgen HWS), 31. Januar 2022 (Röntgen und MRI LWS), 25. April 2022 (Röntgen HWS), 21. Juni 2022 (Röntgen HWS), 31. Oktober 2022 (MRI HWS) und 4. Mai 2023 (Röntgen und MRI HWS). Dr. L.____ führt in seiner Beurteilung aus, dass im Radiologiebericht von Dr. J.____ vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 109) keine Residuen der Fraktur des ventralen Spondylophyten C5/6 bzw. des Wirbelkörpers HWK 5/6 beschrieben würden. Hingegen kämen [im MRI] multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS zur Darstellung. Im Sprechstundenbericht [von Dr. K.____] vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 106) werde der Verdacht auf eine proximale C7-Radikulopathie rechts bei Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit hochgradiger Foramenstenose C6 und C7 beidseits geäussert. Die entsprechenden degenerativen Befunde kämen bereits im MRI vom

21. Dezember 2021 zur Darstellung und könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 9. November 2021 zurückgeführt werden.

5.3.3

5.3.3.1 Was der Beschwerdeführer in seinen Eingaben an das Versicherungsgericht vom 29. Februar 2024 (A.S. 13 ff.), 28. Mai 2024 (A.S. 49 ff.) und 18. September 2024 (A.S. 71 ff.) gegen die Beweiswertigkeit der versicherungsärztlichen Beurteilung vorbringt, erweist sich ■ wie im Folgenden gezeigt wird ■ als nicht stichhaltig.

5.3.3.2 Der Beschwerdeführer rügt zunächst, dass die Beurteilung von Dr. L.____ vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) jener von Dr. H.____ widerspreche, der in seinem Bericht vom 14. September 2022 festgehalten habe, dass die MRI-Untersuchung keine relevanten degenerativen Pathologien zeige.

Die Beurteilung von Dr. H.____ wird vom Beschwerdeführer verkürzt zitiert. Dr. H.____ führt in seinem Bericht vom 14. September 2022 (Suva-Nr. 67) Folgendes aus:

«[Das] konventionelle Röntgen der HWS vom November 2021 zeigt spondylarthrotische Veränderungen der mittleren HWS ohne Frakturachweis. Die MRI-Untersuchung der HWS vom Dezember 2021 ergibt dann eine frische Fraktur eines ventralen Spondylophyten zwischen dem fünften und sechsten Halswirbelkörper, die entsprechenden konventionellen Röntgen- und MRI-Untersuchungen der LWS zeigen keine relevanten degenerativen oder traumatisch bedingten Pathologien.»

Die vom Beschwerdeführer zitierte Textstelle aus dem Bericht von Dr. H.____, wonach die MRI-Untersuchung keine relevanten degenerativen Pathologien zeige, bezieht sich somit auf die LWS, wohingegen die Feststellung degenerativer Veränderungen im Bericht von Dr. L.____ die HWS betrifft. Zur HWS hält Dr. H.____ lediglich fest, dass sich im konventionellen Röntgen vom November 2021 spondylarthrotische Veränderungen der mittleren HWS ohne Frakturachweis gezeigt hätten. Die MRI-Untersuchung vom Dezember 2021 habe dann eine frische Fraktur eines ventralen Spondylophyten zwischen dem fünften und sechsten Halswirbelkörper ergeben. Als Spondylarthrose wird das Auftreten chronisch-degenerativer Veränderungen (Arthrose) an den Facettengelenken bezeichnet (siehe <https://flexikon.doccheck.com/de/Spondylarthrose>; zuletzt besucht am 10. März 2025). Ein Widerspruch zwischen den Beurteilungen von Dr. L.____ und Dr. H.____ ist insofern nicht ersichtlich.

5.3.3.3 Der Beschwerdeführer rügt weiter, dass sich die von Dr. L.____ angesprochenen degenerativen Veränderungen exakt auf Höhe der Fraktur des ventralen Spondylophyten zwischen HWK 5 und 6 befinde, weshalb entgegen der Beurteilung von Dr. L.____ klarerweise davon auszugehen sei, dass die degenerativen Veränderungen unfallbedingt seien.

Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers können nicht bloss auf Höhe der HWK 5 und 6 degenerative Veränderungen an der HWS des Beschwerdeführers festgestellt werden. Die HWS besteht aus insgesamt sieben Halswirbeln, wobei i.d.R. die ersten zwei ■ C1 (Atlas) und C2 (Axis) ■ als obere, die nächsten drei ■ C3 bis C5 ■ als mittlere und die letzten zwei ■ C6 und C7 (Vertebra prominens) ■ als untere Halswirbel bezeichnet werden (vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Halswirbelsäule>, zuletzt besucht am 10. März 2025). Bereits im Radiologiebericht von Dr. B.____ vom 11. November 2021 (Suva-Nr. 16) werden gestützt auf das am gleichen Tag durchgeführte Röntgen erhebliche multisegmentale

degenerative Veränderungen beschrieben. Als Befund werden Uncovertebralarthrosen der unteren HWS unter Akzentuierung der HWK 5 bis 7 sowie spondylarthrotische Veränderung der HWS im mittleren Abschnitt rechtsseitig akzentuiert genannt. Im Radiologiebericht von Dr. D. ___ vom 22. Dezember 2021 (Suva-Nr. 23) wird gestützt auf das am Vortag durchgeführte MRI der Befund einer allgemeinen Enge der Neuroforamina im Bereich der HWK 3 bis 7 gestellt, beidseits symmetrisch. Zusätzlich zeige sich ein Discusbulging bei den HWK 5/6 und 6/7 mit neuroforaminalem Anteil. Schliesslich bestehe der Verdacht auf eine Kompression der C7-Wurzel beidseits, was im Radiologiebericht von Dr. I. ___ vom 31. Oktober 2022 (Suva-Nr. 81) bestätigt wird. Dass die degenerativen Veränderungen unfallbedingt und nicht bereits vorbestehend seien, ist somit offensichtlich unzutreffend.

5.3.3.4 Der Beschwerdeführer bringt sodann vor, dass in keiner Weise erstellt sei, dass ein relevanter Vorzustand vorliege, wie dies Dr. L. ___ behaupte. Unter Verweis auf den Aufsatz von Dr. Hans Rudolf Stöckli, Das medizinische Kausalitätsgutachten, Probleme der Kausalitätsbeurteilung aus Sicht des medizinischen Gutachters, in: Stephan Weber (Hrsg.), Personen-Schaden-Forum 2009, Tagungsbeiträge, Zürich 2009, S. 71 ff., S. 87, hält der Beschwerdeführer fest, dass leichte bis mässige, also «übliche» degenerative Veränderungen der Wirbelsäule für sich allein genommen gewöhnlich nicht genügen würden, um eine relevante konkurrierende Kausalität zu postulieren.

Der Aufsatz von Dr. Stöckli wird vom Beschwerdeführer ebenfalls verkürzt zitiert. Dr. Stöckli führt in seinem Aufsatz Folgendes aus:

«[] Damit genügen leichtere bis mässige, also «übliche» degenerative Veränderungen der Wirbelsäule alleine genommen gewöhnlich nicht, um eine relevante konkurrierende Kausalität zu postulieren. Sind allerdings die ereignisunabhängigen degenerativen Veränderungen derart schwer, dass jede andere, alltäglich vorkommende Belastung etwa zur gleichen Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte, so ist die natürliche Kausalität selbstverständlich zu verneinen.

In anderen Fällen lassen sich vorbestehende degenerative Veränderungen dann als relevante konkurrierende Kausalität postulieren, wenn sie erheblich sind und/oder wenn zusätzliche Hinweise auf entsprechende Vorbeschwerden oder damit korrelierende klinische Befunde nachweisbar sind, die über dem Üblichen liegen.

Zu den Kreuz- und Nackenschmerzen ist ganz generell festzuhalten, dass entsprechend dem günstigen Spontanverlauf der sporadischen (krankheitsbedingten) Rückenschmerzen, auch der Verlauf von unfallbedingten Rückenschmerzen üblicherweise günstig ist, so dass die allermeisten dieser Patienten früher oder später den Status quo ante oder quo sine erreichen werden. Andererseits muss auf Grund der epidemiologischen Daten mit hoher Häufigkeit von spontanen Rückenschmerzen die Latte für die Annahme von unfallbedingten anhaltenden chronischen Rückenschmerzen (lumbal oder zervikal) ebenfalls relativ hoch angesetzt werden.»

Was vorliegenden Fall betrifft, so kann ■ wie unter Ziff. 5.3.3.3 oben erwähnt ■ festgestellt werden, dass in den Radiologieberichten von Dr. B. ___ vom 11. November 2021 (Suva-Nr. 16) und Dr. D. ___ vom 22. Dezember 2021 (Suva-Nr. 23), die zwei Tage bzw. sechs Wochen nach dem Unfall vom 9. November 2021 datieren, erhebliche multisegmentale degenerative Veränderungen der Wirbelsäule beschrieben werden, die nicht auf den Unfall zurückgeführt werden können. Entgegen dem Dafürhalten des

Beschwerdeführers liegt damit offensichtlich ein relevanter Vorzustand vor.

5.3.3.5 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass von einer richtunggebenden Verschlechterung eines zuvor stummen Vorzustands auszugehen sei, falls fälschlicherweise angenommen werde, dass bereits vor dem Unfall degenerative Veränderungen vorgelegen hätten. Hierzu äussere sich Dr. L.____ überhaupt nicht.

Dass sich Dr. L.____ in seiner Beurteilung nicht dazu äussere, ob eine richtunggebende Verschlechterung eines zuvor stummen Vorzustands vorliege, trifft nicht zu. Indem Dr. L.____ feststellt, dass im Radiologiebericht von Dr. J.____ vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 109) keine Residuen der Fraktur des ventralen Spondylophyten C5/6 bzw. des Wirbelkörpers HWK 5/6 beschrieben würden, die aktuelle Problematik im Sprechstundenbericht von Dr. K.____ vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 106) einer proximalen C7-Radikulopathie zugeordnet werde und die Unfallfolgen im Beschwerdebild des Beschwerdeführers ab dem 4. Mai 2023 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen würden, hält er implizit fest, dass keine richtunggebende Verschlechterung vorliege, sondern der Status quo sine eingetreten sei. Der Beurteilung von Dr. L.____ entspricht, dass die im Radiologiebericht von Dr. D.____ vom 22. Dezember 2021 (Suva-Nr. 23) erstmals erwähnte Fraktur des ventralen Spondylophyten HWK 5/6 in diesem Bericht und auch in sämtlichen weiteren Berichten stets als stabil bezeichnet wird. Unter Stabilität im Zusammenhang mit Wirbelsäulenverletzungen ist die Widerstandsfähigkeit der Wirbelsäule gegenüber physiologischen Belastungen zu verstehen, ohne dass es zur Schädigung oder Beeinträchtigung von Rückenmark oder Nervenwurzeln oder zum Auftreten oder Progress von Deformierungen und strukturellen Veränderungen kommt (Klaus Bohndorf et al., Radiologische Diagnostik der Knochen und Gelenke, 3. Auflage, Stuttgart 2014, S.96). Weiter werden in den Berichten der behandelnden Ärzte auch keine Höhenminderung der Wirbelkörper oder Zwischenwirbelräume festgestellt. Die maximale Behandlungsdauer eines HWS-Distorsionstraumas des Schweregrads IV nach der QTF-Klassifikation beträgt gemäss Ziff. 03Ab-S des Reintegrationsleitfaden Unfall des Schweizerischen Versicherungsverbandes (abrufbar unter https://www.koordination.ch/fileadmin/files/uvg/reintegration/4_reintegrationsleitfaden_unfall_release_2010_version_1.0.pdf; zuletzt besucht am 11. März 2025) maximal 16 Wochen. Hinzu kommt, dass die häufigste Ursache einer zervikalen Radikulopathie degenerative Veränderungen im Bereich der HWS (Osteochondrose, Spondylarthrose, Spondylolisthese) sind, die zu einer Einengung der Foramina intervertebralia führen (https://flexikon.doccheck.com/de/Zervikale_Radikulopathie), wie sie in den radiologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers ebenfalls festgestellt wurde. Dass Dr. L.____ in seiner Beurteilung davon ausgeht, dass die Unfallfolgen im Beschwerdebild des Beschwerdeführers ab dem 4. Mai 2023 und damit über ein Jahr nach dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen und somit bloss eine vorübergehende Verschlechterung eintrat, ist nicht zu beanstanden.

5.3.3.6 Der Beschwerdeführer argumentiert weiter, dass unbestritten ein Status nach Fraktur vorliege und bei einem solchen der Status quo sine vel ante überhaupt nicht mehr eintreten könne.

Dass beim Beschwerdeführer ein Status nach Fraktur vorliegt, ist richtig. Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall vom

November 2021 eine stabile Fraktur des ventralen Spondylophyten HWK 5/6. Dieser Befund wird im Radiologiebericht von Dr. D.____ vom 22. Dezember 2021 (Suva-Nr. 23) erstmals erhoben und in den nachfolgenden Berichten der behandelnden Ärzte jeweils bestätigt. Im Radiologiebericht von Dr. I.____ vom 31. Oktober 2022 (Suva-Nr. 81) wird dann gestützt auf das am gleichen Tag erstellte MRT erstmals festgehalten, dass keine akute Wirbelkörperfraktur zervikal festzustellen sei. Dieser Befund wird in den nachfolgenden Berichten der behandelnden Ärzte jeweils bestätigt. In seiner Beurteilung vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) hält Dr. L.____ schliesslich fest, dass im Radiologiebericht von Dr. J.____ vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 109) keine Residuen der Fraktur des ventralen Spondylophyten C5/6 bzw. des Wirbelkörpers HWK 5/6 beschrieben würden. Die Fraktur des ventralen Spondylophyten HWK 5/6 ist somit folgenlos verheilt. Dass die Beschwerdeführerin in der Folge davon ausging, dass der Status quo sine spätestens am 4. Mai 2023 eingetreten sei, ist nicht zu beanstanden.

5.3.3.7 Der Beschwerdeführer argumentiert auch, dass er vor dem Unfall zu keinem Zeitpunkt an HWS-Beschwerden gelitten habe. Er habe seiner schweren Tätigkeit als Bodenleger uneingeschränkt nachgehen können. Neben strukturellen Schäden an der Wirbelsäule habe er anlässlich des Unfalls auch ein HWS-Distorsionstrauma erlitten. In diesem Zusammenhang sei auf den Bericht von Dr. E.____ vom 28. Januar 2022 zu verweisen, wonach die Beschwerden ganz klar in Zusammenhang mit dem HWS-Distorsionstrauma stünden. Die Frakturen bräuchten sicherlich drei bis sechs Monate bis zu Verheilung. Hinter den Beschwerden stehe auch eine Traumatisierung der Facettengelenke. Mit seiner Beurteilung widerspreche Dr. L.____ diametral der Einschätzung von Dr. E.____, der in seinem Bericht vom 30. November 2022 festgehalten habe, dass die noch immer bestehenden Beschwerden weiterhin eindeutig auf das Schleudertrauma der HWS zurückzuführen seien und eben auch eine Traumatisierung der Facettengelenke bestätige.

Wie unter Ziff. 5.3.3.6 oben bereits festgehalten, ist die Fraktur der ventralen Spondylophyten HWK 5/6 folgenlos verheilt. In seiner Beurteilung vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) verweist Dr. L.____ diesbezüglich auf den Radiologiebericht von Dr. J.____ vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 109), in welchem keine Residuen der Fraktur beschrieben werden. Anderweitige unfallbedingte Läsionen ergeben sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte keine. Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer genannten Traumatisierung der Facettengelenke ist festzuhalten, dass Dr. E.____ diese lediglich in seinem Bericht vom 28. Januar 2022 erwähnt, jedoch nicht mehr in seinem Bericht vom 30. November 2022. Inwiefern die Beschwerden des Beschwerdeführers ein Jahr nach dem Unfall weiterhin auf das erlittene Schleudertrauma zurückzuführen seien, erläutert Dr. E.____ in seinem Bericht vom 30. November 2022 nicht. Gestützt auf die späteren radiologischen und ärztlichen Untersuchungen ist davon auszugehen, dass den Beschwerden des Beschwerdeführers spätestens ab 4. Mai 2023 kein unfallbedingtes organisches Korrelat mehr gegenübersteht. Dies entspricht auch dem nach derzeitigem medizinischen Wissensstand geltenden allgemeinen Erfahrungssatz, wonach eine traumatische Aktivierung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustands an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_285/2016 vom 22. Juli 2016 E. 6.4.3 mit Hinweis; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_19/2021 vom 27. April 2021 E. 7.2 mit Hinweisen). Wird die Unfallkausalität der geklagten Beschwerden einzig mit

dem Hinweis auf den vor dem Unfall beschwerdefreien Zustand begründet, liegt ein beweisrechtlich unzulässiger "Post-hoc-ergo-propter-hoc"-Schluss vor. Ein solcher reicht für den rechtsgenügenden Nachweis eines Kausalzusammenhangs nicht aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer kann hieraus folglich nichts zu seinen Gunsten ableiten. Was die Tätigkeit des Beschwerdeführers als Bodenleger betrifft, so ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung durch Dr. H.____ angegeben habe, 2016 einen Skiunfall erlitten zu haben und seitdem weniger körperlich schwere Arbeiten zu machen. Im Bericht von Dr. H.____ vom 14. September 2022 (Suva-Nr. 67) wird hierzu festgehalten, dass dem Beschwerdeführer solche Arbeiten wegen seiner Beschwerden im linken Fuss nicht möglich seien. Er habe sich entsprechende Maschinen besorgt, damit er nicht mehr selbst so schwer arbeiten müsse.

5.3.3.8 Der Beschwerdeführer bringt schliesslich vor, dass rechtsprechungsgemäss bei HWS-Beschwerden mit degenerativen Vorzuständen namentlich dann von einer richtunggebenden Verschlechterung auszugehen sei, wenn beim Unfall Kräfte gewirkt haben, die auch zu strukturellen Schäden führen können. Dies sei vorliegend angesichts der erlittenen Frakturen zweifelsfrei der Fall. Demgemäss sei von einer richtunggebenden Verschlimmerung eines unfallfremden Vorzustands auszugehen.

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so bezeichnet die Rechtsprechung dies als richtunggebende Verschlimmerung (Urteil des Bundesgerichts 8C_7/2022 vom 22. April 2022 E. 5.1 mit Hinweis). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Wie unter Ziff. 5.3.3.6 oben bereits erwähnt, hält Dr. L.____ in seiner Beurteilung vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) fest, dass im Radiologiebericht von Dr. J.____ vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 109) keine Residuen der Fraktur des ventralen Spondylophyten C5/6 bzw. des Wirbelkörpers HWK 5/6 beschrieben würden. Die Fraktur des ventralen Spondylophyten C5/6 ist folgenlos verheilt. Weiter ist festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer zitierte Rechtsprechung im Zusammenhang mit Diskushernien entwickelt wurde. Danach kommt eine Unfallkausalität hinsichtlich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitszustandes nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage, wenn der Unfall geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_285/2016 vom 22. Juli 2016 E. 6.4.3 mit Hinweis). Würde diese Rechtsprechung analog auf vorliegenden Fall angewendet, so wäre dann von einer Unfallkausalität auszugehen, wenn der Unfall des Beschwerdeführers geeignet gewesen wäre, auch eine gesunde Wirbelsäule zu verletzen. Einen solchen Schluss lässt der Polizeirapport vom 5. Dezember 2021 (A.S. 76.1 ff.) nicht zu. Das Auftreten von Strukturschäden bei Delta-V-Werten unter 20 km/h gilt unter Experten als unwahrscheinlich (vgl. Martin Elbel et al., Deceleration during 'real life' motor vehicle collisions ■ a sensitive predictor for the risk of sustaining a cervical spine injury?, Patient Safety in Surgery 2009, Band 3, Artikel 5; abrufbar unter <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1754-9493-3-5>, zuletzt besucht am 13. März 2025). Mit Blick auf den im Polizeirapport beschriebenen Unfallhergang und das Schadensbild der beteiligten Fahrzeuge ist ein Delta-V über 20 km/h vorliegend auszuschliessen. Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall zwar unbestritten eine Fraktur des Spondylophyten C5/6. Diesen Umstand gilt es jedoch insofern zu relativieren, als sich biomechanische Belastungen je nach betroffener Person sehr unterschiedlich auswirken

können. Dabei spielen insbesondere auch das Alter und damit zusammenhängend allfällige degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule eine wichtige Rolle (Felix Walz / Markus Muser, Bemessung der Verletzungsschwelle der HWS bei Heckkollisionen, Publikation der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik AGU Zürich, Zürich 2007, S. 8; abrufbar unter <https://agu.ch/1.0/pdf/HWS-2007.pdf>, zuletzt besucht am 17. März 2025). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des Unfalls am 9. November 2021 57 Jahre alt. In den nach dem Unfall durchgeführten radiologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers zeigten sich unfallfremde multisegmentale degenerative Veränderungen an fast der gesamten HWS. Insgesamt ergibt sich somit, dass von einer richtunggebenden Verschlimmerung eines unfallfremden Vorzustands keine Rede sein kann.

5.4 Dr. L.____ setzt sich in seiner Beurteilung vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 120) gestützt auf die umfangreichen Vorakten der Beschwerdegegnerin, darunter insbesondere die Bilderzeugnisse der radiologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers ■ siehe hierzu Ziff. 5.3.2 oben ■, eingehend mit dem medizinischen Sachverhalt auseinander. Seine Ausführungen sind schlüssig und konsistent und leuchten entsprechend ein. Dies gilt vor allem auch hinsichtlich der Schlussfolgerung, dass die per 4. Mai 2023 bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 9. November 2021 zurückgeführt werden können, nachdem die unfallbedingte Fraktur des Spondylophyten im Bereich HWK 5 und 6 folgenlos verheilt ist, wohingegen erhebliche unfallfremde degenerative Veränderungen an fast der gesamten HWS festzustellen sind, insbesondere eine neuroforaminale Enge bei HWK 6/7 mit Kompression der Nervenwurzel C7, mit denen die persistierenden Beschwerden hinreichend erklärt werden können. Konkret geht Dr. L.____ gestützt auf den Sprechstundenbericht von Dr. K.____ vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 106) von einer proximalen C7-Radikulopathie rechts bei Segment-degeneration C5/6 sowie C6/7 mit hochgradiger Foramenstenose C6 sowie C7 beidseits aus, die für die Beschwerden des Beschwerdeführers verantwortlich ist. In den Akten findet sich nichts, was einen anderen Schluss gebieten würde. Die Ausführungen von Dr. E.____ im Sprechstundenbericht vom 29. November 2022 (Suva-Nr. 89), wonach die Beschwerden weiterhin eindeutig auf das Schleudertrauma zurückzuführen seien, werden nicht begründet und reichen entsprechend nicht aus, um an der nachvollziehbaren und überzeugenden Beurteilung von Dr. L.____ auch nur geringe Zweifel zu erwecken. In diesem Zusammenhang ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (statt vieler BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen). Die Beurteilung von Dr. L.____ erweist sich demnach als voll beweiswertig. Von weiteren Abklärungen, insbesondere von der vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 29. April 2025 (A.S. 80 ff.) beantragten Partei- und Zeugenbefragung, sind keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung darauf verzichtet werden kann.

6. Der Beschwerdeführer bringt in seinen Eingaben an das Versicherungsgericht vom 29. Februar 2024 (A.S. 13 ff.), 28. Mai 2024 (A.S. 49 ff.) und 18. September 2024 (A.S. 71 ff.) weiter vor, dass der Fallabschluss per 30. Juni 2023 verfrüht erfolgt sei. Es verhalte sich so, dass er sich auch nach dem 30. Juni 2023 noch immer in Heilbehandlung befunden habe und klarerweise noch immer mit einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes zu rechnen gewesen sei bzw. zu rechnen sei. Damit sei kein Endzustand erreicht und die Vornahme der Adäquanztprüfung folglich verfrüht. Dies auch deshalb, weil eben

objektivierbare Unfallfolgen zu verzeichnen seien und somit die natürliche Kausalität ohnehin der adäquaten Kausalität entspreche, ohne zusätzliche Überprüfung der Adäquanzkriterien bei Schleudertraumata. Selbst nach Massgabe der Schleudertraumapraxis wäre der Fallabschluss jedoch verfrüht. Denn auch bei Massgeblichkeit der Schleudertraumapraxis könne der Fall erst abgeschlossen werden, wenn insgesamt keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei. Der Beweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung der Unfallfolgen gelinge der Beschwerdeführerin nicht.

Wie unter Ziff. 2.1 oben bereits erwähnt, hat der Fallabschluss erst dann zu erfolgen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf erwerbstätige Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109 E. 4.3). Die zu erwartende Besserung des Gesundheitszustands muss unfallkausale Befunde betreffen. Kann nur noch eine erhebliche Verbesserung erwartet werden, die im Wesentlichen unfallfremde Befunde betrifft, so steht dies dem Fallabschluss nicht entgegen, weil sich diese Verbesserung nicht auf die unfallversicherungsrechtliche Invaliditäts- und Integritätsbemessung auswirkt (vgl. Thomas Flückiger, in: Ghislaine Frésard-Fellay et al., Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, Basel 2019, Art. 19 N 9, mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2008 vom 18. August 2008 E. 3.2.2).

Zur Frage, ab wann die Folgen des Unfalls vom 9. November 2021 im Beschwerdebild des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen, hält Dr. L. ___ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 13. Juni 2023 (Suva-Nr. 112) fest, dass im Radiologiebericht [von Dr. J. ___] vom 4. Mai 2023 keine Residuen beschrieben würden und die aktuelle Problematik im Sprechstundenbericht [von Dr. K. ___] vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 106) einer C7-Radikulopathie zugeordnet werde, die nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 9. November 2021 zurückgeführt werden könne. Somit würden die Folgen des Unfalls [spätestens] ab dem 4. Mai 2023 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr im Beschwerdebild des Beschwerdeführers spielen. Diese Beurteilung leuchtet ein. Bei einer Radikulopathie (radix lat. für Wurzel und pathos griech. für Leiden, Krankheit) handelt es sich um die chronische oder akute Reizung oder Schädigung einer Nervenwurzel mit dadurch ausgelösten Empfindungsstörungen, Schmerzen oder Lähmungen (vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Radikulopathie>, zuletzt besucht am 18. März 2025). Dr. K. ___ führt in seinem Sprechstundenbericht vom 4. Mai 2023 (Suva-Nr. 106) aus ■ siehe oben Ziff. 4.17 ■, dass der Beschwerdeführer an Nackenschmerzen sowie vor allem an ausstrahlenden Schmerzen im Bereich der Pars ascendens des Musculus trapezius sowie des Margo medialis der Scapula rechtsseitig leide. Die Bildgebung mittels MRI zeige eine schwere, multisegmentale Degeneration mit multiplen Facettengelenksarthrosen sowie als Hauptbefund eine Foramenstenose C6 sowie C7 beidseits. Ergänzend hierzu hält Dr. L. ___ in seiner ärztlichen Beurteilung fest, dass die [der Diagnose von Dr. K. ___] entsprechenden degenerativen Befunde bereits im MRI vom 21. Dezember 2021 zur Darstellung kämen und somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 9. November 2021 zurückgeführt werden könnten. Die persistierenden Beschwerden des Beschwerdeführers sind m.a.W. überwiegend wahrscheinlich auf die radiologisch nachgewiesenen degenerativen

Veränderungen der Wirbelsäule und nicht auf ein Distorsionstrauma der HWS zurückzuführen. Dem entspricht, dass im Sprechstundenbericht von Dr. K. ___ vom 4. Mai 2023 mit Ausnahme der Nackenbeschwerden keine Elemente des typischen Beschwerdebilds des Schleudertraumas ■ hierzu zählen diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. (BGE 119 V 335 E. 1) ■ angeführt werden. Die nach wie vor bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers sind folglich als unfallfremd zu betrachten und stehen dem Fallabschluss nicht entgegen. Die Rüge des Beschwerdeführers erweist sich als unbegründet.

7. Besteht zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden kein natürlicher Kausalzusammenhang, ist eine Prüfung der adäquaten Kausalität entbehrlich. Gleichwohl sei an dieser Stelle festgehalten, dass die adäquate Kausalität vorliegend zu verneinen wäre, selbst wenn die Prüfung nach der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertraumapraxis erfolgen würde. Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung wäre vorliegend angesichts des im Polizeirapport vom 5. Dezember 2021 (A.S. 76.1 ff.) beschriebenen Unfallhergangs und des Schadensbildes der beteiligten Fahrzeuge von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen auszugehen. Infolgedessen müssten für die Bejahung der adäquaten Kausalität von den sieben Adäquanzkriterien entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mindestens vier in gehäufte Weise gegeben sein. Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls wäre vorliegend zu verneinen. Beim Unfallereignis vom 9. November 2021 handelt es sich um einen gewöhnlichen Auffahrunfall auf einer Hauptstrasse mit relativ geringem Tempo. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen und insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, wäre ebenfalls zu verneinen. Diesbezüglich ist zunächst festzuhalten, dass die konservativ behandelte stabile Fraktur eines Spondylophyten auf Höhe HWK 5/6 mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht als schwere Verletzung im Sinne der Schleudertraumapraxis zu qualifizieren ist. Im Weiteren führt eine degenerative Vorschädigung für sich auch nicht zur Bejahung dieses Kriteriums (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_680/2010 vom 4. Februar 2011 E. 5.3.1 mit Hinweis). Auch das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung wäre vorliegend nicht erfüllt. Die Behandlung des Beschwerdeführers bestand im Wesentlichen aus Physiotherapie und der Einnahme von Analgetika. Weiter wäre das Kriterium der erheblichen Beschwerden zu prüfen. Dieses wäre ebenfalls zu verneinen, da die persistierenden Beschwerden des Beschwerdeführers auf die degenerativen Befunde zurückzuführen sind. Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ist ebenfalls nicht ersichtlich. Damit wäre auch dieses Kriterium nicht erfüllt. Das Kriterium des schwierigen Heilverlaufs und der erheblichen Komplikationen wäre vorliegend auch nicht gegeben. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_680/2010 vom 4. Februar 2011 E. 5.3.1 mit Hinweis). Solche Gründe liegen in casu nicht vor. Schliesslich wäre auch das letzte Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen zu verneinen. Dass der Beschwerdeführer besondere Anstrengungen auf

sich genommen habe, um sich schnellstmöglich wieder vollständig in den Arbeitsprozess einzugliedern, ist in den Akten nicht ausgewiesen. Im Ergebnis wäre somit keines der sieben Adäquanzkriterien erfüllt. Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 1. Juli 2023 erwiese sich folglich auch unter diesem Aspekt als rechtmässig.

8.

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

8.2 Das Verfahren ist grundsätzlich kostenlos (Art. 61 lit. f bis ATSG). Es besteht vorliegend kein Anlass, von diesem Grundsatz abzuweichen.

Demnach wird erkannt:

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Penon

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