

SZ_VERWALTUNGSGERICHT I 2022 11 vom 16. Mai 2022

Sz Verwaltungsgericht, 2022-05-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sz_verwaltungsgericht_I_2022_11

FR: SZ_VERWALTUNGSGERICHT I 2022 11 du 16 mai 2022

IT: SZ_VERWALTUNGSGERICHT I 2022 11 del 16 maggio 2022

Regeste

Unfallversicherung (Kausalität; Fallabschluss; Leistungen) | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Der Beschwerdeführer erlitt am 23. Juli 2020 unbestrittenermassen einen Berufsunfall, den die Suva anerkannte und in dessen Folge sie Versicherungsleistungen in Form von Taggeldern (bis 31. Oktober 2020) und Heilbehandlung erbrachte. Strittig ist, ob die Suva den Fall zu Recht per 30. September 2021 abschloss und namentlich die Kostenübernahme für eine (für den 31.3.2022 geplante) operative Stabilisierung des Segmentes C3/4 ablehnte. \n

E. 2

Leichtes Schädel-Hirn-Trauma vom 23.07.2020 \n - RQW 5 cm Nasenrücken \n - schmales subgaleales Hämatom hochfrontal mittig \n Zwischenanamnese \n Herr A._____ stellt sich zur geplanten klinischen Verlaufskontrolle nach Befundeinholung extern vor. Er berichtet noch immer von intermittierenden Schmerzen bzw. Allodynie im Bereich des C8-Segmentes beidseits. Ebenfalls wird von einer intermittierenden Gangunsicherheit berichtet. Bei den Kollegen der Neurologie extern fiel ein massiver Folsäure- und B12-Mangel auf, welche die Leitungsverbindung des N. suralis erklärten. Hier wurde die Substitution empfohlen. Der Kollege in G._____ empfiehlt eine protektive Segmentstabilisierung C3/4. Ansonsten aktuell keine Schmerzmitteleinnahme. Der Patient ist zu 100% als Kraftfahrer arbeitend. \n Befund \n HWS: \n Integument intakt, keine Druckdolenz über den Procc. spinosi, keine Klopfdolenz ebenda. Paravertebraler Hartspann beidseits. ROM intakt, kein Achsenstauchschmerz. pDMS intakt bis auf eine Allodynie streng im C8-Segment beidseits. Gangbild unauffällig. \n Procedere \n Insgesamt sehen wir bei Herrn A._____ geringe klinische Auffälligkeiten. Der Patient ist 100% arbeitsfähig und in seinem Alltag nicht eingeschränkt. Aus unserer Sicht besteht bei nicht vorhandener Wirbelsäulenverletzung keine Indikation zur protektiven dorsalen Stabilisierung. Die Operationsrisiken überwiegen eindeutig. Wir empfehlen die Einnahme von Folsäure sowie Vitamin B12-Komplex. Weiter empfehlen wir eine Wiedervorstellung zur Verlaufskontrolle bei den Kollegen der Neurologie (extern). Eine i.m. Vitamin-B12-Substitution sollte durch den Hausarzt erfolgen. Wir werden Herrn A._____ wieder in 6 Monaten in unserer Sprechstunde sehen. Ein entsprechendes Aufgebot erfolgt postalisch. \n

E. 2.1

Am 27. Juli 2020 meldete die Arbeitgeberin der Suva, der Beschwerdeführer sei am 23. Juli 2020 um 15.30 Uhr verunfallt: \"Beim Verladen des LKWs ging der Verunfallte zum

Staplerfahrer, wobei dieser mit der obersten Leer-Palette ansties und die Palette dem Chauffeur auf den Kopf fiel" (Suva-act. 1). \n Im Fragebogen führte der Beschwerdeführer am 3. August 2020 zum Unfallhergang aus: \"Ich stieg aus meinem LKW. Der Staplerfahrer hatte unterdessen 3 Stösse Palette auf den LKW geladen. Als er einen weiteren Stoss beladen wollte, bat ich ihn, den LKW später etwas nach vorn zu fahren, damit er den Anhänger gut beladen kann. Dies war auf dem Firmenareal, ich stand dabei einige Meter neben dem Stapler. Während dessen rollte der Staplerfahrer mit dem Stapler einige cm nach vorn, und stiess dabei ans oberste Palett, welches auf dem LKW geladen war. Das oberste Palett fiel herunter, mir direkt auf den Kopf. Daraufhin fiel ich zu Boden und blieb schwer verletzt liegen\" (Suva-act. 6). \n Der Beschwerdeführer wurde durch den Rettungsdienst ins Spital D._____ gebracht und von dort mit der Rega gleichentags ins F._____ überführt zwecks 24-stündiger GCS-Überwachung bei leichtem Schädel-Hirn-Trauma. Dort wird im Austrittsbericht zum Unfallhergang und zur Verlegung festgehalten (Suva-act. 17): \"Beim Ausladen von Paletten sei eines auf seinen Kopf gestürzt, dieses hätte ca. 25kg gewogen. Eine Bewusstlosigkeit wird klar verneint, er habe jedoch über ein paar Minuten jegliches Gefühl in den Armen und Beinen verloren, dieses wäre schnell wiedergekommen, jedoch habe er noch Kribbelparästhesien in beiden Armen und ein subjektives Gefühl von Schwäche. ABC stabil, komplikationsloser Transport ad F._____.\" \n

E. 2.2

Im F._____ war der Beschwerdeführer vom 23. bis 25. Juli 2020 hospitalisiert (Suva-act. 17). Im Austrittsbericht nennen die Traumatologen des F._____ als Diagnose: \n 1. Leichtes Schädel-Hirn-Trauma vom 23.07.2020 \n - RQW 5cm Nasenrücken \n 2. Contusion spinalis bei degenerativer, mittelgradiger und rechtsbetonter Spinal-stenose bei Diskusprotusion C3/4 am 23.7.2020 \n Als Befund bei Eintritt wird dokumentiert: \n Primary Survey \n A: Atemwege frei, Trachea mittelständig, HWS immobilisiert \n B: Thorax kompressionsstabil, Lunge seitengleich belüftet, SO2 97% \n C: Puls 77/min, kräftige periphere Pulse, warme Extremitäten, Abdomen weich, Becken/Oberschenkel stabil \n D: GCS 15, Pupillen rund, isokor und prompt reagibel. Bewegt alle Extremitäten \n E: Offensichtliche Verletzungen / relevante Auffälligkeiten? \n Secondary Survey \n 37-jähriger Patient in gutem EZ, wach, allseits orientiert. GCS 15. \n Gesicht/Kopf: Hochfrontal mittige Schnittverletzung, ca. 5cm lang, sowie Prellmarke über der Nase. \n Kalotte und Mittelgesicht stabil. Normale Kieferbeweglichkeit. Zähne intakt. Pupillen 3mm isokor, rund, seitengleiche direkte/indirekte Lichtreaktion. \n Wirbelsäule: Keine Prellmarken. Keine Hämatome. Kein Gibbus. Keine interspinöse Delle. \n Thorax: Keine Prellmarken. Keine Hämatome. Kompressionsstabil. \n Cor: Herztöne rein, Herzaktion rhythmisch, keine Nebengeräusche. \n Pulmo: Seitengleiche Vesikulärratmung, keine Nebengeräusche. \n Abdomen: Keine Prellmarken. Bauchdecke weich, keine Abwehrspannung. \n Darmgeräusche träge. Digital-rektal kein Blut am Fingerling, Sphinktertonus kräftig, perianale Sensibilität erhalten. Äusseres Genitale unauffällig. Kein Blut am Meatus urethrae. \n Becken: Keine Prellmarken oder Exkorationen. Kompressions- und distraktionsstabil, kein Symphysendruckschmerz. Keine Dolenzen im Bereich des hinteren Beckenringes. \n Extremitäten: Alle frei beweglich. Klinisch kein Anhalt für Frakturen oder Luxationen. \n Keine Deformitäten. pDMS soweit intakt. \n Neurologie: Alle Kennmuskeln der oberen und unteren Extremität M5. Keine sensiblen Defizite. Negativer Babinski. \n Am 23. und 24. Juli 2020 erfolgte eine bildgebende Diagnostik. Das CT Gesichtsschädel nativ vom 23. Juli 2020 zeigte keine Auffälligkeiten (Suva-act. 26). Aufgrund des CT Hals, Thorax, Abdomen und Wirbelsäule mit i.v.

Kontrastmittel vom 23. Juli 2020 gelangten die Radiologen zur Beurteilung, dass kein Hinweis auf traumatische Organ- oder Weichteilläsionen und keine frischen traumatischen Läsionen der ossären Strukturen bestünden (Suva-act. 27). Am 24. Juli 2020 wurde ein MRI HWS nativ angefertigt und wie folgt beurteilt: Mediane und paramedian rechts betonte sowie rechts foraminale Discusprotrusion mit Einengung des Rezessus sowie des Neuroforamens HWK 3/4. Konsekutiv leichte Spinalkanalstenose HWK 3/4; keine Fraktur, kein Hämatom oder Hinweis auf eine diskoligamentäre Verletzung (Suva-act. 28). \n Zum Verlauf hielten die USZ-Ärzte fest, dieser sei neurologisch unauffällig; die Wunden zeigten sich allseits reizlos und zu Austritt trocken. Die initiale Immobilisierung der HWS in einem weichen Halskragen habe nach Ausschluss einer Fraktur durch das MRT aufgehoben werden können. Intermittierend hätten sich Parästhesien der Hände mit spontaner Regredienz gezeigt, so dass diese im Rahmen der Contusio spinalis interpretiert wurden. Der Beschwerdeführer habe am 25. Juli 2020 in gutem Allgemeinzustand in die Betreuung der Angehörigen entlassen werden können. \n

E. 2.3

Am 9. September 2020 erfolgte bei den Traumatologen F._____ eine Verlaufskontrolle 7-Wochen posttraumatisch (Suva-act. 23). Der Beschwerdeführer berichte insgesamt von einem schmerz kompensierten Heilungsverlauf. Allerdings würden weiterhin intermittierend Taubheitsgefühle in den Fingerspitzen und Zehen bds. bestehen. Auch fühle er sich ab und zu sehr unsicher auf den Beinen. Richte [sic] Kraft- oder Sensibilitätsstörungen würden jedoch verneint, ebenso wie Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang. Seit 3 Wochen arbeite er wieder zu 50% als Lastwagenchauffeur, wobei bei manchen Tätigkeiten noch deutliche Einschränkungen bestünden. Klinisch wurde ein unauffälliger Befund erhoben; radiologisch auf das MRI HWS nativ vom 24. Juli 2020 verwiesen. Für die vom Beschwerdeführer berichteten intermittierenden Gefühlsstörungen in den Finger- und Zehenspitzen bds. zeigte sich gemäss den Ärzten im MRI kein (eindeutiges) Korrelat. Die Ärzte stellten die Diagnose: \n 1. Commotio spinalis bei degenerativer, mittelgradiger und rechtsbetonter Spinalstenose bei Diskusprotrusion C3/4 am 23.07.2020 \n - Residuelle Hypästhesie acral betont \n - Undulierende Gangunsicherheit \n 2. Leichtes Schädel-Hirn-Trauma vom 23.07.2020 \n - RQW 5 cm Nasenrücken \n - Schmales subgaleales Hämatom hochfrontal mittig \n Die Ärzte empfahlen eine ausführliche neurologische Abklärung der Restbeschwerden inklusiv einer apparativen Diagnostik. \n

E. 2.4

Am 7. Oktober 2020 erfolgte auf Zuweisung des F._____ durch Dr.med. E._____ (FMH Neurologie) eine neurologische Untersuchung (klinisch, neuro-psychologisch, elektroneurographisch und somato-sensorisch evozierte Potentiale) bei anamnestisch und klinischen Befunden St.n. Commotio cerebri und Commotio spinalis am 23. Juli 2020 mit neuropathischen Restbeschwerden acral an Händen und Füßen sowie einer sensiblen Ataxie bei Fragestellung nach Hinweisen auf eine spinothalamische Überleitungsstörung (Suva-act. 37, 38, 39). Im Bericht an die Traumatologie des F._____ gelangte Dr.med. E._____ zur Beurteilung: \n Herr A._____ hat am 23. Juli einen Unfall erlitten mit Commotio cerebri und spinalis. Als Folge der Commotio spinalis lässt sich in der aktuellen, neurologischen Untersuchung passend zum Beschwerdebild des Patienten eine bein- sowie sehr distal-betonte Einschränkung der Spitz-Stumpf-Diskrimination nachweisen, zudem besteht eine sensible Ataxie mit dazu passenden, pathologischen, somatosensibel-evozierten Potentialen, die eine distal-betonte spinothalamische Überleitungsstörung illustrieren.

Nebenbefundlich zeigen sich leichtgradige, radikuläre Reizleitungsstörungen, in der elektroneurographischen Untersuchung motorisch C7-Th1 rechts, bei der Ableitung der somatosensibelevozierten Potentiale sensibel C7-Th1 rechts. Hinweise auf eine Polyneuropathie oder auch ein Karpaltunnel-Syndrom rechts oder links ergeben sich nicht.
\n Als Therapie schlug Dr.med. E._____ Osteopathie und Physiotherapie vor und ggfs. Vitamin B12-Substitution. \n

E. 2.5

Im Bericht vom 3. November 2020 zur Verlaufskontrolle vom 28. Oktober 2020 (zur Besprechung der neurologischen Untersuchung) am F._____ wird als Diagnose aufgeführt (Suva-act. 41): \n Rasch regrediente inkomplette Tetraplegie ASIA E sub C6 mit Myelomalazie vom 23.07.2020 sowie Radikulopathie C7/Th1 rechts \n - Residuelle Hypästhesie acral betont bds. \n - Undulierende Gangunsicherheit \n - vorbestehende degenerative, mediane und paramedian, rechtsbetonte, sowie rechts foraminale Diskusprotrusion mit Einengung des Rezessus sowie des Neuroforamens HWK 3/4 mit geringradiger Spinalkanalstenose \n Laut Beschwerdeführer würden die Beschwerden von Tag zu Tag besser werden; er verspüre noch ein leichtes Taubheitsgefühl an den Fingerspitzen (Dig. II bis V) sowie Zehenspitzen; Schmerzmedikamente nehme er keine mehr. Klinisch war eine zunehmende Hyposensibilität an den distalen unteren Extremitäten (Zehenspitzen) die einzige Auffälligkeit. Unter Procedere führten die USZ-Traumatologen aus (Suva-act. 41): \n In den neurologischen Untersuchungen hat sich eine dezente, motorische Reizleitungsstörung zervikaler Nervenwurzeln C7-Th1 rechts sowie eine axonale untere spinothalamische Überleitungsstörung gezeigt. Damit hat sich gezeigt, dass der Unfall eine rasch regrediente inkomplette Tetraplegie verursacht hat, die nun zu einer Myeloma[la]zie geführt hat. \n Wir besprechen mit dem Patienten, dass unter Weiterführung der Physiotherapie, sowie Vitamin B12-Behandlung, diese Symptome noch fast vollständig regredient sein können, aber nicht müssen. Ausserdem besprechen wir mit dem Patienten, dass bei der Einengung der Spinalkanäle (die schon vorbestehend vor dem Unfall waren, aber durch den Unfall jetzt noch weiter beeinträchtigt wurden) es zu einer grösseren, oder einer erhöhten Gefahr von zukünftigen Beeinträchtigungen bei erneuten Unfällen kommen kann und deswegen eine operative Erweiterung diskutiert werden kann. Eine akute Operationsindikation sehen wir allerdings bei nur geringer Enge momentan nicht. Der Patient stimmt dem zu. In der heutigen Sitzung wurde eine Vitamin D12 [recte B12]-Injektion (Vitarubin) [durchgeführt]. Wir bitten den Hausarzt, diese Injektion in 1 und 3 Monaten erneut durchzuführen. In 6 Monaten planen wir nach vorgängigem MRI eine erneute klinisch-radiologische Verlaufskontrolle, um den Verlauf der Stenose zu kontrollieren. \n Eine Arbeitsunfähigkeit von 50% wurde noch bis am 31. Oktober 2020 attestiert. \n

E. 2.6

Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 28. April 2021 berichtete der Beschwerdeführer von einem regelrechten Heilungsverlauf; die Schmerzen seien komplett regredient. Die inkomplette Tetraplegie habe sich komplett zurückgebildet. Sensibilitätsstörungen, Kraftstörungen oder sonstige Beschwerden wurden verneint; keine Blasen- oder Enddarmstörungen; es bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Chauffeur. Klinisch zeige sich ein regelrechter Heilungsverlauf, namentlich auch keine sensiblen Defizite in den oberen und unteren Extremitäten. In dem am 23. April 2021 durchgeführten MRI zeige sich eine stationäre Darstellung der bekannten leichten bis mittelschweren

Spinalkanalstenose. Die Diagnose blieb unverändert (vgl. oben Erw. 2.5). Es wurde eine weitere Verlaufskontrolle in 6 Monaten vereinbart (zum Ganzen: Suva-act. 49). \n Zum erwähnten MRI vom 23. April 2021 gelangte der Radiologe zur Beurteilung (Suva-act. 50): \n Verglichen mit der MR HWS vom 24.07.2020. \n Stationäre, leicht- bis mittelgradige Spinalkanalstenose HWK 3/4 mit neuroforaminaler Stenose rechts. Keine Neurokompression. \n Weiterhin keine Signalalteration des Myelons. \n Diskretes Ödem in der ventralen Deck- und Bodenplatte von BWK 11, a.e. degenerativ; entzündlich bei ansonsten unauffälligem Befund weniger wahrscheinlich. \n

E. 2.7

Nachdem der Beschwerdeführer bei der Suva die Zustimmung für eine Zweitmeinung betreffend stabilisierender Operation einholte, gelangte er hierfür an Dr.med. I. _____ (Facharzt Neurochirurgie, G. _____). Dieser untersuchte ihn am 21. Juli 2021 (Suva-act. 55) und dokumentierte als Diagnose: \n - Contusio spinalis am 23.07.2020 bei Spinalstenose C3/4 mit anhaltenden leichten sensomotorischen Defiziten, sowie Dysästhesien im volaren Unterarmbereich bds. \n - St. n. leichtem Schädelhirntrauma am 23.07.2020 \n Unter Anamnese notierte Dr.med. I. _____, bei initialer Unbeweglichkeit der Gliedmassen nach dem Unfall habe sich im Verlauf der nächsten Stunden die Motorik wieder eingestellt; geblieben seien dysästhetische Empfindungen im volaren Unterarmbereich und die Ehefrau habe den Eindruck, er sei nicht mehr so trittsicher wie vor dem Unfall. Klinisch zeigte sich ein kräftiger Beschwerdeführer in bestem AZ und EZ. Blindstrichgang sei etwas unsicher. Romberg sicher gestanden. Einbeinhüpfen beidseits flüssig. Die Muskeleigenreflexe an den unteren Extremitäten seien deutlich lebhafter als an den oberen Extremitäten. Dysästhesie bis leichte Allodynie im Bereich des volaren Unterarmes beidseits. Bei Prüfung der groben Kraft finde sich links ein schwächerer Faustschluss als rechts, wie auch etwas abgeschwächte Fingerspreizung und Fingerextension. Dies, obwohl der Beschwerdeführer Linkshänder sei. Unter Mitberücksichtigung des MRI vom 23. April 2021, das gemäss Eindruck von Dr.med. I. _____ eine leichte Signalstörung im Rückenmark auf Höhe der Bandscheibe C3/4 zeigt, gelangte Dr.med. I. _____ zu folgender Beurteilung: \n Beurteilung und Prozedere: \n Herr A. _____ hat im Rahmen seines Unfalls vom 23.07.2020 eine Contusio spinalis bei engem Spinalkanal C3/4 erlitten. Bezüglich der Frage, ob sich eine Stabilisation des Segmentes C3/4 empfiehlt, ist festzuhalten, dass die bis anhin vorliegenden Hinweise in der Literatur dafür sprechen, dass Patienten, welche aufgrund einer Spinalstenose eine Contusio spinalis erlitten haben, ein erhöhtes Risiko haben, eine erneute Rückenmarksverletzung zu erleiden. Das Risiko einer operativen Versorgung wird als geringer eingeschätzt, als das eines spontanen Verlaufes. Patienten mit einer Enge und einem Zustand nach Contusio spinalis sollten beispielsweise nicht in Kontaktsportarten oder sonstige verletzungsträchtige Tätigkeiten zurückentlassen werden. Dem Patienten ist somit eine Stabilisierung des Segmentes C3/4 zu empfehlen. Anders wäre es, wenn lediglich ein enger Spinalkanal vorliegt, jedoch ohne Vorgeschichte einer Contusio spinalis. Ein enger Spinalkanal ohne vorangegangene Verletzung braucht keine prophylaktische Dekompression. Ich habe Herrn A. _____ und seiner Gattin die Indikation zu einer stabilisierenden Massnahme erläutert. Der Patient ist sehr bewegungsfreudig und betreibt gerne Sportarten, welche mit einer gewissen Verletzungsgefahr verbunden sind, sodass man ihm die Stabilisierung seines Segmentes C3/4 erst recht empfehlen sollte. Über die Art des Eingriffes und das Risikoprofil einer anterioren Diskektomie mit nachfolgender Stabilisation mit Cage und Platte habe ich mit dem Ehepaar ebenfalls gesprochen. Die

Indikation zu einem operativen Vorgehen ist die Tatsache, dass das Risiko eines ungünstigen Spontanverlaufes ohne Stabilisierung höher eingeschätzt wird als das einer Operation. Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. \n

E. 2.8

Am 26. Juli 2021 antwortete die Suva Versicherungsmedizin gegenüber der Verwaltung (das Dokument ist nicht persönlich visiert, die Autorenschaft entsprechend unbekannt), die Gesundheit des Beschwerdeführers sei in der vom Unfall betroffenen Körperregion überwiegend wahrscheinlich schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen; der Unfall habe überwiegend wahrscheinlich nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt. Seit dem Bericht des F. _____ vom 28. April 2021 spielten Unfallfolgen keine Rolle mehr. Und weiter wird ausgeführt: \"Sollte eine \"prophylaktische\" Stabilisierungs-OP der HWS vom Versicherten in Betracht gezogen werden, empfiehlt sich vorgängig zusätzlich eine Überprüfung der Kostenübernahme einer solchen OP aus neurologischer Sicht der SUVA. Aus Sicht der Traumatologie / Orthopädie lässt sich aus den Berichten keine OP-Notwendigkeit ableiten\" (Suva-act. 56). \n

E. 2.9

Nach anfänglichem Zögern (Suva-act. 59) teilte der Beschwerdeführer der Suva am 2. September 2021 mit, sich für die Durchführung einer stabilisierenden Operation entschieden zu haben (Suva-act. 60). Hierauf liess die Suva die Frage der Leistungspflicht neurologisch beurteilen. Die Frage, ob die \"prophylaktische\" Stabilisierungs-Operation der HWS mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 23. Juli 2020 zurückzuführen sei, beantwortete Dr.med. J. _____ (Facharzt Neurologie; Kompetenzzentrum Suva Versicherungsmedizin) am 8. September 2021 mit 'Nein'. Dies aufgrund folgender Beurteilung der medizinischen Unterlagen (Suva-act. 62): \n Das Unfallereignis vom 23.07.2020 hat zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes geführt. Zusätzliche strukturelle Verletzungen sind an der Halswirbelsäule nicht objektiviert. Insbesondere liegt im MRT keine Alteration des Rückenmarksignals vor. Eine bleibende neurologische Schädigung ist nicht ausgewiesen. Die diskreten klinischen und elektrophysiologischen Befunde von Frau Dr. E. _____ reichen zum Nachweis einer spinalen Schädigung nicht aus. Eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustands ist nicht eingetreten. \n Dr. Heilbronner begründet die Indikation zur Operation mit einem statistisch erhöhten Risiko für eine erneute Rückenmarkssymptomatik, insbesondere bei sportlichen Aktivitäten. Die Operation wird nicht zur Behandlung von Unfallfolgen durchgeführt, es handelt sich klar um eine prophylaktische Indikation. \n

E. 2.10

Mit Schreiben vom 9. September 2021 informierte die Suva den Beschwerdeführer über die versicherungsinterne neurologische Beurteilung, gestützt auf welche die Kosten der beabsichtigten Operation durch die Suva nicht übernommen würden (Suva-act. 64). Hiergegen opponierte der Beschwerdeführer. Er bezweifle, ob Dr.med. J. _____ über alle notwendigen Informationen verfügt habe; die Marginalisierung von Contusio spinalis zu Commotio spinalis sei unverständlich; plötzlich sei die Rede von einem degenerativen Vorzustand. Zudem seien die Unfallfolgen nicht weg; es gehe ihm wohl viel besser. Aber in Beruf und Freizeit müsse er sich stark einschränken, damit er nicht wegen eines Bagatellunfalles noch Tetraplegiker werde (Suva-act. 68). Auf Vorhalt des

beschwerdeführerischen Schreibens hin bestätigte Dr.med. J._____ am 22. September 2021 seine Beurteilung (Suva-act. 70). Im Austrittsbericht des F._____ vom 27. Juli 2020 sei von einer Contusio spinalis bei degenerativer, mittelgradiger und rechtsbetonter Spinalkanalstenose die Rede. Das Unfallereignis habe keine darüberhinausgehenden Frakturen, Blutungen oder Bandverletzungen hervorgerufen. Es sei durch den Unfall zu einer vorübergehenden Rückenmarksymptomatik gekommen, die klinisch und elektrophysiologisch nun nicht mehr nachweisbar sei. Hierauf verfügte die Suva am 23. September 2021 die Ablehnung der Kostenübernahme für die stabilisierende Operation und den Fallabschluss per 30. September 2021 (Suva-act. 71). \n

E. 2.11

Am 21. September 2021 erfolgte eine weitere neurologische Untersuchung durch Dr.med. E._____. Sie berichtete am 20. Oktober 2021 der Traumatologie F._____ (Suva-act. 77 - 80): \n Herr A._____ stellte sich zu einer regulären Verlaufskontrolle bei St. n. Commotio cerebri und spinalis am 23. Juli 2020 vor. Zwischenzeitlich hat sich subjektiv der Zustand deutlich verbessert, Herr A._____ ist bis auf gelegentliche Nackenverspannungen und gelegentliche (seltene) stechende Missempfindungen an den Vorderarmen beschwerdefrei und besucht weiterhin regelmässig die Physiotherapie und Osteopathie. Anamnestisch erfolgte bereits eine MRI-HWS Kontrolle im Frühjahr dieses Jahres, eine weitere ist im Oktober geplant, die letzte MRI-Kontrolle habe einen weitgehend unveränderten Befund ergeben. \n Die klinische-neurologische Untersuchung zeigt im Vergleich zur Untersuchung vom 7. Oktober 2020 eine Befundbesserung mit Normalisierung der vormals eingeschränkten Sensibilität an den Beinen, sowie einer verbesserten sensiblen Ataxie. \n In der elektrophysiologischen Untersuchung zeigt sich eine verbesserte spinothalamische Überleitungsstörung einerseits, andererseits eine Tendenz zu einer sensiblen axonalen Polyneuropathie der Beine mit Abnahme der Amplituden vom N. suralis beidseits im Vergleich zur Voruntersuchung. Evtl. ist in diesem Zusammenhang auch die Abnahme der Amplituden somatosensibel-evozierten Potentiale vom N. tibialis beidseits erklärbar, differentialdiagnostisch am ehesten im Rahmen des neu diagnostizierten, ausgeprägten Folsäure-Mangels erklärbar, insbesondere da die MRI-Untersuchung der ganzen Wirbelsäule einen stabilen Befund ergibt in Bezug auf den residualen Zustand nach posttraumatischer Myelopathie und keine Hinweise auf neurale Kompressionen, insbesondere auch lumbosakral ergibt. \n Dr.med. E._____ empfahl die Weiterführung der Osteopathie und Physiotherapie sowie Behandlung des Folsäure-Mangels und die Einnahme von Vitamin B12. Weitere Massnahmen seien aus neurologischer Optik nicht vorgesehen. Weitere Termine wurden nicht vereinbart. \n

E. 2.12

Das im Bericht von Dr.med. E._____ erwähnte und von ihr berücksichtigte MRI HWS, BWS und LWS nativ vom 11. Oktober 2021 ergab folgenden Befund und folgende Beurteilung (Suva-act. 81): \n Verglichen mit der MR HWS vom 23.04.2021: \n - Stationäre, leicht- bis mittelgradige Spinalkanalstenose HWK 3/4 mit neuroforaminaler Stenose rechts. Keine Neurokompression. \n - Stationäre, fokale Signalalteration des Myelons im Funiculus lateralis auf Höhe HWK 3/4. \n - Diskretes Ödem in der ventralen Deck- und Bodenplatte von BWK 11, a.e. degenerativ. \n - Im übrigen unverändert regelrecht. \n

E. 2.13

Nach der Verlaufskontrolle in der Traumatologie des F. _____ vom 3. November 2021 berichteten die Ärzte am 17. November 2021 (Suva-act. 86): \n Diagnose \n 1. Komplette regrediente inkomplette Tetraplegie ASIA E sub C6 mit Myelomalazie vom 23.07.2020 sowie Radikulopathie C7/Th1 rechts \n - residuelle Hypästhesie acral betont bds. \n - undulierende Gangunsicherheit \n - vorbestehende degenerative, mediane und paramedian, rechtsbetonte, sowie rechts foraminale Diskusprotrusion mit Einengung des Rezessus sowie des Neuroforamens HWK 3/4 mit geringradiger Spinalkanalstenose \n - 03.11.2021: Aktuell Trittsunsicherheit und intermittierende Allodynie Segment C8 bds. \n

E. 2.14

Mit der Beschwerde reicht der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr.med. I. _____ vom 1. Februar 2022 ein (Bf-act. 3). Dieser wiederholt die Diagnose eines St.n. Contusio spinalis C3/4 bei zervikaler Spinalstenose C3/4 mit anhaltenden, leichten sensomotorischen Defiziten sowie Dysästhesien im Bereich des volaren Unterarmes bds. Dr.med. I. _____ habe dem Beschwerdeführer seine Überlegungen bezüglich Stabilisierung des Segmentes C3/4 noch einmal dargelegt. Die Funktionsaufnahmen zeigten eine fast doppelt so grosse Beweglichkeit für Inklination / Reklination im Bewegungssegment C3/4 im Vergleich zu den benachbarten Segmenten. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer auf dieser Höhe eine Contusio spinalis erlitten habe, von der bis heute leichte residuelle Schäden resultieren, spreche dafür, dass dieses Segment tatsächlich nicht so stabil sei wie die angrenzenden. Die aktuelle Literatur könne keine eindeutigen, wissenschaftlich befriedigend belegbaren Argumente weder für ein konservatives noch für ein operatives Vorgehen zur Verfügung stellen. Bei einem körperlich sehr aktiven Patienten tendiere er dazu, eine Fusion anzubieten. Auch habe er die Meinung von Dr.med. M. _____ (Chefarzt Spinale Chirurgie H. _____) eingeholt. Dieser bestätige, dass die Literatur keine definitive Antwort bereithalte. Auch sei Dr.med. M. _____ einig mit Dr.med. I. _____, dass die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ein Unfall mit Myelonschaden auftritt, relativ gering sei, dieser allerdings sicher vom Aktivitätslevel des Patienten abhängig sein dürfte; er würde somit in dieser Situation auf die Bedürfnisse des Patienten Rücksicht nehmen und bei einem Patienten, der auf gefährdende Sportarten verzichte, vorläufig zuwarten, jedoch regelmässige Kontrollen beibehalten. Schliesslich hielt Dr.med. I. _____ dafür, die Myelonschädigung sei im MR sichtbar und könne vermutlich durch eine ausgedehnte neurophysiologische Untersuchung unter Einschluss von hitze-evozierten Potentialen zur Beurteilung der spinothalamischen Bahnen zusätzlich objektiviert werden. \n

E. 2.15

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens holte die Suva bei Dr.med. J. _____ eine weitere ärztliche Beurteilung ein (Beilage 1 zur Vernehmlassung). Dieser verwies auf seine frühere Beurteilung (vgl. oben Erw. 2.9 und 2.10) und fasste die neue Aktenlage ab 11. Oktober 2021 zusammen. In seiner Beurteilung erinnerte er daran, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Berufsunfall am 23. Juli 2020 für wenige Minuten jegliches Gefühl in Armen und Beinen verloren hatte, sich diese Symptomatik bei Spitaleintritt bereits weitgehend zurückgebildet und der Versicherte zu diesem Zeitpunkt nurmehr Kribbelparästhesien in beiden Armen und ein subjektives Schwächegefühl angegeben habe. Die klinische Eintrittsuntersuchung im F. _____ habe keine klinischen Zeichen einer Rückenmarkschädigung mehr nachgewiesen. Weiter hält er fest, die klinischen und elektrophysiologischen Untersuchungen der Neurologin Dr.med. E. _____ vom September/Oktober 2021 würden einen positiven Verlauf dokumentieren; eindeutige

klinische Zeichen einer Rückenmarksschädigung würden fehlen. Die Unfallchirurgen des F. _____ würden die vollständige Rückbildung der ursprünglich inkompletten Tetraplegie bestätigen. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass sich die klinischen Symptome einer Rückenmarksschädigung zurückgebildet hätten; es würden sich weder am Arbeitsplatz noch im Alltag funktionelle Einschränkungen ergeben. Die von Dr.med. I. _____ angeführten residualen Beschwerden seien durch die Befunde nicht objektiviert; von versicherungsmedizinischer Seite könne von einem stabilisierten Zustand ausgegangen werden.

Die Bildgebung betreffend führt Dr.med. J. _____ aus, es könne eine flauere Signalveränderung des Rückenmarks auf Höhe HWK 3/4 nachvollzogen werden, wobei sich der Befund in vergleichbarer Graustufendarstellung zwischen dem 23. April 2021 und dem 11. Oktober 2021 eher noch zurückgebildet habe. Zu den diskreten Befunden sei zu bemerken, dass sie im F. _____ im Verlauf unterschiedlich interpretiert worden seien, nämlich am 23. April 2021 als unauffällig, am 11. Oktober 2021 als fokal verändertes Signal im Rückenmark. Ob es sich dabei um Unfallfolgen handle, sei unklar, da auch chronische, nicht traumatische, sondern degenerativ bedingte Kompressionen des Rückenmarks bei Spinalkanalstenose derartige Signalveränderungen bewirken könnten. Entscheidend sei aber ohnehin, dass beim Beschwerdeführer keine unfallbedingte Leistungsminderung und keine objektivierbare, dauerhafte und erhebliche Funktionsstörung vom Ausmass eines Integritätsschadens vorliege. Wenn Dr.med. I. _____ am 22. Juli 2021 schreibe, dass der Unfall das Risiko einer allfälligen Rückenmarksverletzung bei nochmaliger Traumatisierung erhöht habe, so treffe dies nicht zu. Das Unfallereignis habe nämlich zu keinen zusätzlichen Läsionen geführt, die eine solche Schlussfolgerung rechtfertigen würden. Stattdessen habe das Unfallereignis vom 23. Juli 2020 lediglich einen klinisch stummen Vorzustand zum Vorschein gebracht, diesen aber nicht richtunggebend verschlimmert.

Weiter führt Dr.med. J. _____ aus, auch nach Auffassung von Dr.med. I. _____ ergebe sich für ein operatives Vorgehen zum jetzigen Zeitpunkt keine wissenschaftliche Evidenz. Das F. _____ habe bei der letzten Konsultation von einer Operation explizit abgeraten, da man dort das Nutzen-Risiko-Verhältnis als ungünstig bewerte. Sowohl Dr.med. I. _____ als auch die Ärzte des F. _____ seien sich darin einig, dass die in Rede stehende Operation einen Wahleingriff zur allfälligen Verhinderung zukünftiger Rückenmarks-Traumatisierungen darstelle und damit nicht zur Behandlung von Unfallfolgen indiziert sei.

Als Schlussfolgerung gelangte Dr.med. J. _____ zur Beurteilung, der medizinische Zustand des Beschwerdeführers sei stabilisiert. Die geklagten Beschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 23. Juli 2020 zurückzuführen. Selbst unter der Annahme, dass die flauen Signalveränderungen im zervikalen Rückenmark unfallbedingt seien (was lediglich möglich sei), würden diese keine klinischen und elektrophysiologischen Funktionsstörungen bedingen und auch keine Einschränkungen in Alltag und Beruf. Infolgedessen würden sich auch weitere Abklärungen erübrigen.

E. 3

Im angefochtenen Einspracheentscheid gelangte die Suva zum Schluss, aufgrund der medizinischen Berichte könne an der Terminierung der Versicherungsleistungen per Ende September 2021 festgehalten werden. Der Unfallversicherer habe lediglich für die Unfallfolgen aufzukommen; nicht dazu gehörten krankhafte Schädigungen, welche beim Beschwerdeführer bildgebend am Rücken (degenerative, mittelgradige und rechtsbetonte Spinalkanalstenose) hätten nachgewiesen werden können. Auch der im Rahmen der Elektroneuromyographie festgestellte Folsäure- und B12-Mangel sei sicherlich nicht auf

den Unfall zurück zu führen. Den Berichten des F. _____ sei nicht nur die komplett regrediente inkomplette Tetraplegie zu entnehmen, sondern auch das vehemente Abraten einer Stabilisierungsoperation. Welche in der Einsprache geltend gemachte gesundheitliche Verbesserung noch eintreten solle, wenn alle Unfallfolgen nicht mehr nachweisbar seien, sei nicht nachvollziehbar. Zudem sei der Versicherte gar nicht mehr in Behandlung - ausser Physiotherapie (Suva-act. 93).

4.1 Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihres Versicherungsmediziners Dr.med. J. _____ ab. Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten (BGE 142 V 58 Erw. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 Erw. 6.1). Dergemäss kann den Berichten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

4.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem geltend gemachten Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt dabei bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 9.3).

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 \n oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer,

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