

200 15 773 UV  
KOJ/FRN/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 24. Mai 2016**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Franzen

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**SUVA**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Juli 2015 (E 473/15)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1967 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert. Am 27. Juni 2012 ging bei der SUVA eine Schadenmeldung ein, gemäss welcher der Versicherte am 25. Juni 2012 zu Hause nach einem Fehltritt die Treppe hinuntergestürzt sei und sich dabei eine Stauchung der Wirbelsäule zugezogen habe (Akten der SUVA [act. II] 2). Daraufhin holte die SUVA medizinische Unterlagen ein und sprach Versicherungsleistungen zu (act. II 3). Am 15. Mai 2013 und 24. Februar 2014 untersuchte der SUVA -Kreisarzt den Versicherten (act. II 46 und 90). Mit Schreiben vom 26. Februar 2014 (act. II 91) teilte die SUVA dem Versicherten mit, dass die Taggeldleistungen per 28. Februar 2014 eingestellt werden. Damit zeigte sich der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, nicht einverstanden (Akten der SUVA [act. IIA] 100) und liess der SUVA ein fachorthopädisches Kurzgutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 16. Juli 2014 (act. IIA 103) zukommen. Nach Einholung einer Beurteilung des SUVA -Versicherungsmediziners Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. IIA 108), verfügte die SUVA am 29. Januar 2015 die Einstellung der Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilkosten) per 28. Februar 2014 sowie die Verneinung weiterer Leistungsansprüche mit der Begründung, dass die anhaltenden Beschwerden an der Wirbelsäule nicht mehr unfallbedingt seien, sondern auf unfallfremden Ursachen beruhten (act. IIA 124). Mit Entscheid vom 7. Juli 2015 (act. IIA 131) wies sie die Einsprache des Versicherten (act. IIA 126) ab.

**B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 7. September 2015 Beschwerde und beantragte Folgendes:

1. In Gutheissung der Beschwerde sei der Einspracheentscheid vom 7. Juli 2015 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen über den 28. Februar 2014 hinaus zu erbringen.
2. Eventualiter: In Gutheissung der Beschwerde sei der Einspracheentscheid vom 7. Juli 2015 aufzuheben und die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines externen medizinischen Gutachtens zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 9. November 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reichte die orthopädische Beurteilung des SUVA -Versicherungsmediziners Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2015 ein.

Mit Replik vom 9. Dezember 2015 hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde fest.

Am 17. Dezember 2015 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht des Rücken zentrums E.\_\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2015 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6) ein.

Mit Duplik vom 5. Februar 2016 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest und reichte den MRI-Bericht des Röntgeninstituts F.\_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2015 sowie eine weitere orthopädische Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2016 (in den Gerichtsakten) ein.

In seinen Schlussbemerkungen vom 19. März 2016 hielt der Beschwerdeführer an den gestellten Anträgen und Ausführungen fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 7. Juli 2015 (act. IIA 131). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Unfallversicherung über den 28. Februar 2014 hinaus und dabei insbesondere, ob die anhaltenden LWS- und BWS-Beschwerden in einem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 25. Juni 2012 stehen.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Begründungspflicht) geltend, indem eine Auseinandersetzung mit der Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ gänzlich vermisst werde (Beschwerde S. 8 Ziff. 2.2).

**2.2** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 371; SVR 2014 UV Nr. 32 S. 108 E. 5.1).

Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

**2.3** Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin die streitige Leistungseinstellung im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Juli 2015 (act. IIA 131) eingehend und unter Bezugnahme auf den hinreichend detaillierten

kreisärztlichen Bericht vom 17. Oktober 2014 (act. IIA 108) begründet. Dem Beschwerdeführer war denn auch die Einreichung einer ausführlich begründeten Beschwerde möglich. Die Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs erweist sich somit als unbegründet.

### **3.**

**3.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**3.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**3.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage,

worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**3.2.2** Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

**3.3** Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (*status quo ante*) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (*status quo sine*) erreicht ist (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

#### 4.

**4.1** Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 25. Juni 2012 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 3.1 hiavor) und sich dabei eine nicht-dislozierte Fraktur des BWK 12 sowie eine LWS-Kontusion zugezogen hat. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Einstellung per 28. Februar 2014 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die anhaltend geklagten Rückenbeschwerden (LWS und BWS) in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 25. Juni 2012 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

**4.1.1** Der Beschwerdeführer war vom 25. bis 28. Juni 2012 im Spital G.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 2. Juli 2012 (act. II 13 S. 2 f.) diagnostizierten die Ärzte eine nicht-dislozierte Fraktur des BWK 12 sowie eine LWS-Kontusion. Sie führten aus, der Beschwerdeführer habe sich am 25. Juni 2012 nach einem Treppensturz mit immobilisierenden Rückenschmerzen thorakolumbal auf dem Notfall vorgestellt. Klinisch liege eine Druckdolenz am thorakolumbalen Übergang ohne peripher neurologische Ausfälle vor. Konventionell radiologisch habe der Verdacht einer Fraktur im Wirbelkörper BWK 12 bestanden. Im durchgeführten CT der Wirbelsäule habe sich die Fraktur bestätigt, jedoch ohne Vorliegen einer Kompression des Spinalkanals. Im durchgeführten Konsilium sei der Entscheid zur konservativen Nachbehandlung gefällt worden. Im Verlauf sei eine gute Mobilisation möglich gewesen (S. 2).

**4.1.2** Im Bericht des Rücken zentrums E.\_\_\_\_\_ vom 14. August 2012 (act. II 16 S. 2 f.) führte PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, sechs Wochen nach der Kompressionsfraktur BWK 12 beschreibe der Beschwerdeführer noch erhebliche Beschwerden. Der Beschwerdeführer komme an Gehstützen, der Sinn und Zweck dieser Massnahme bleibe etwas unklar. Er habe dem Beschwerdeführer versucht klar zu machen, dass es sich letztlich um eine harmlose Fraktur handle, die auch nicht gefährdet sei be-

züglich irgendeiner neurologischen Kompromittierung und dass ein gutes und letztendlich folgenloses Ausheilungsergebnis eigentlich zu erwarten sei. Er habe mit dem Beschwerdeführer eine Kontrolle wiederum in sechs Wochen vereinbart. Für seine körperlich belastende Tätigkeit bleibe der Beschwerdeführer bis dahin noch arbeitsunfähig (S. 3).

**4.1.3** PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 2. Oktober 2012 (act. II 28 S. 2) aus, auf den MRI-Bildern zeigten sich kleinere Veränderungen im Bereich der Bandscheiben L3/4 und L4/5 mit doch einer diskreten Vorwölbung, dies wahrscheinlich unfallunabhängig im Rahmen einer diskreten Abnutzungsveränderung. Nervenwurzelkompromittierungen seien aber an diesen Stellen absolut nicht sichtbar. Im Bereich des frakturierten BWK 12 sehe man eigentlich mittlerweile ein normales Knochensignal, was eigentlich auch für eine bereits stattgefunden Heilung dieser Fraktur spreche. Insgesamt könne man an den Bildern also keinerlei Kompressionen der Nervenwurzeln ausmachen und somit auch keinen Grund erkennen, warum der Beschwerdeführer nach wie vor doch sehr starke Beschwerden empfinde, die zudem auch ins Bein abstrahlten. Man müsse diese Beschwerden im Moment wohl als funktionell klassifizieren. Es bleibe zurzeit wohl keine andere Möglichkeit, als mit einer entsprechenden Intensivierung der Therapie zu versuchen, die Beschwerden zu verbessern. Zum jetzigen Zeitpunkt könne man wohl auch von einer normalen und guten Belastbarkeit der Wirbelsäule ausgehen.

**4.1.4** Am 14. Mai 2013 wurde der Beschwerdeführer vom Kreisarzt Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, untersucht. Im Untersuchungsbericht vom 14. Mai 2013 (act. II 46) führte der Facharzt zum Befund aus, der Beschwerdeführer habe einen isolierten Druckschmerz über der unteren LWS links paravertebral mit Ausstrahlung über die linke IS-Fuge. Hier werde bei Vornüberneigung, bei Reklination sowie bei Drehbewegungen ein konstanter Schmerz angegeben (S. 3). Weiter führte er aus, zum heutigen Zeitpunkt bestehe bei etwas protrahiertem Heilverlauf noch eine volle Arbeitsunfähigkeit. Beim Beschwerdeführer lägen degenerative Veränderungen an der LWS vor. Er gehe davon aus, dass durch den Sturz hier eine vorübergehende Verschlimmerung eingetreten sei. Diese degenerativen Veränderungen seien mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Jahr nach

dem Unfallereignis beschwerdeführend, sodass nicht unfallbedingte Veränderungen für die Beschwerden verantwortlich zu machen seien (S. 4).

**4.1.5** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH, führte im Bericht vom 13. Februar 2014 (act. II 85) zum CT thoracolumbaler Uebergang nativ vom 12. Februar 2014 aus, es liege eine leichte Keilwirbeldeformation von Th12 ohne wesentliche Imprimierung der Abschlussplatten vor. Die Fraktur sei aspektmässig vollständig konsolidiert. Es seien keine wesentlichen ossär degenerativen Veränderungen erkennbar. Es gebe auch keine Hinweise auf eine signifikante Discusherniation local.

**4.1.6** Am 20. Februar 2014 wurde der Beschwerdeführer vom Kreisarzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, untersucht. Im Untersuchungsbericht vom 24. Februar 2014 (act. II 90) führte der Facharzt aus, beim Beschwerdeführer bestehe noch eine subjektive Schmerzsymptomatik im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Im Rahmen der Verlaufsbildgebung mittels CT des thorakolumbalen Übergangs vom 12. Februar 2014 zeigten sich absolut stationäre Stellungsverhältnisse der inzwischen vollständig konsolidierten BWK 12 Fraktur bei bekannter stabiler Vorderkantenimpressionsfraktur mit leichter Keilwirbelbildung. Der Beschwerdeführer sei nunmehr ein Jahr und acht Monate nach dem Unfallereignis immer noch 100% arbeitsunfähig und sei aktuell stellenlos. Wie bereits im Rahmen der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom Mai 2013 müsse bei den bekannten vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS und bildgebend stabilem und vollständig konsolidiertem Befund der bekannten BWK 12 Vorderkantenfraktur aktuell davon ausgegangen werden, dass die Unfallfolgen nach nunmehr 20 Monaten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr im aktuellen Beschwerdebild spielen. Vielmehr sei es sehr wahrscheinlich, dass die genannten vorbestehenden degenerativen Befunde im Bereich der LWS führend für die aktuellen Restbeschwerden seien. Bezüglich Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe, rein die Unfallfolgen betreffend, eine ganztägige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Eine Integritätsentschädigung sei aktuell bei stabil geheilter Fraktur mit Kyphosewinkel kleiner als 10 Grad und nicht eingeschränktem Bewegungsausmass nicht geschuldet (S. 6 f.)

**4.1.7** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte im fachorthopädischen Kurzgutachten vom 16. Juli 2014 (act. IIA 103 S. 2 ff.) insbesondere folgende Diagnosen (S. 2 f.):

Status nach BWK-12-Vorderkantenfraktur mit/bei

- Status nach Treppensturz vom 25. Juni 2012
- konservativem Procedere
- intensiver Physiotherapie von Juni 2012 bis Februar 2014
- verbliebener funktioneller Dysfunktion der Wirbelsäule mit/bei
- Reklinationshaltung der Wirbelsäule thorakal mit/bei
- Hyperpression der dorsalen Wirbelsäulenstrukturen (Facettengelenke, SIG)
- Ansatzdininopathie der Fascia thorakolumbalis links
- Ursprungstendinose der Mm. quadratus lumborum links, M. latissimus dorsi links, M. teres maior links, Mm. rhomboidei links
- Ansatzdininose des M. teres maior et minor links
- Schulterprotraktion mit Scapuladezentrierung links mehr als rechts
  
- Beckenmalrotation mit/bei
  - Rotationsfehlstellung des Os coxae links mit Rotation nach ventral um die Transversalachse, Rotation nach dorsal um die Longitudinale
  - SIG-Blockade links
  - funktioneller Insuffizienz der pelvitrochanteren Hüft-Aussenrotatoren links (Mm. gluteus med. et min., piriformis et gemelli) mit/bei Ursprungstendinopathie mit beginnender Periostitis des Os coxae

Der Facharzt führte aus, die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden liessen sich aufgrund des funktionellen Befundes gesamthaft nachvollziehen. Auf Höhe der inzwischen konsolidierten BWK-12-Fraktur fänden sich massive linksbetonte Myogelosen, auf denen ein deutlicher Druckschmerz generiert werden könne. Die auf gleicher Höhe ansetzenden und entspringenden Muskeln zeigten – ebenfalls linksbetont – deutliche Zeichen der Tendinopathie. Durch diese Muskelaaffektion werde der vom Beschwerdeführer angegebene „Brennschmerz“, der vor allem bei lange andauernder statischer Belastung bestehe, ausgelöst. Das funktionelle Zu-

sammenspiel der tiefen und oberflächlichen Muskelgruppen der Wirbelsäule sowie die Fascienstruktur mit funktioneller Verbindung vom Hinterkopf bis zum Becken lasse auch die wechselnden Intensitäten des Schmerzbildes pathophysiologisch nachvollziehen. Die heute geklagten Beschwerden seien aus orthopädisch-funktioneller Sicht Folgen des Unfalles vom 25. Juni 2012 und liessen sich durch die im Heilungsverlauf eingenommene Schonhaltung ausreichend erklären. Prognostisch könne aufgrund des heutigen Befundes eine Besserung der Beschwerden und somit eine Steigerung der Leistungsfähigkeit unter den empfohlenen Therapien in den nächsten vier bis sechs Monaten erwartet werden (S. 5 f.).

**4.1.8** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte in der orthopädischen Beurteilung vom 17. Oktober 2014 (act. IIA 108) aus, infolge des Treppensturzes vom 25. Juni 2012 sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Kontusion der BWS mit Deckplattenimpressionsfraktur des zwölften Brustwirbelkörpers gekommen, welche spätestens zum 12. Februar 2014 als knöchern vollständig konsolidiert und ausgeheilt anzusehen sei. Infolge des Unfallereignisses sei eine leichte Keilwirbelbildung des zwölften Brustwirbelkörpers und Kyphosefehlstellung der BWS von unter zehn Grad entstanden. Durch das Unfallereignis sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer leichten Distorsion der HWS und LWS ohne strukturelle Schädigung der allfälligen Wirbelsäulenabschnitte gekommen. Durch die leichte Distorsion sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden leichten Verschleisserkrankung der LWS gekommen. Der Status quo sine bezüglich der LWS sei spätestens mit Erstellung der Computertomographie des thorakolumbalen Wirbelsäulenüberganges vom 12. Februar 2014 erreicht. Die von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ anlässlich einer Konsultation vom 16. Juli 2014 festgestellte myofasziale Schmerzsymptomatik mit umschriebenen Myogelosen und multiplen Ansatz tendonopathien, die angesichts der eingehenden Befunddokumentation des Chirurgen auch nicht angezweifelt werden solle, lasse sich angesichts der objektivierbaren bildgebenden Befunde nicht in kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis bringen und sei als Folge unfallunabhängiger muskulärer Fehlbelastungen anzusehen (S. 7 f.).

**4.1.9** In der E-Mail vom 23. Dezember 2014 (act. IIA 120 S. 3) führte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus, mit einem gewissen Schmunzeln müsse er die versicherungsmedizinische Stellungnahme zur Kenntnis nehmen. Man fokussiere wieder ausschliesslich auf den radiologischen Befund. Selbstredend sei der Bruch nach dieser langen Zeit ausgeheilt. Zurückgeblieben sei jedoch eine Keilwirbelbildung. Diese habe pathoanatomisch und funktionell-orthopädisch gleichwohl Auswirkungen auf die Funktionalität der kleinen Muskeln der Wirbelsäule, wodurch es zu den beschriebenen Verhärtungen der Muskulatur und zu klassischen myogenen Schmerzen kommen könne. Das Problem der Beweislast liege darin, dass man von dieser Muskulatur kein Röntgenbild anfertigen könne und eine funktionelle Untersuchung von Seiten der Versicherungsmedizin – böse formuliert – gar nicht gewünscht sei. Er bleibe bei seiner Aussage, dass er die Beschwerden vollumfänglich nachvollziehen könne und dass diese mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit Folge des stattgehabten Unfalles seien.

**4.1.10** Im Bericht des Rücken zentrums E. \_\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2015 (act. I 6) diagnostizierte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein links paravertebrales, muskuloligamentäres Schmerzsyndrom im Bereich der mittleren BWS (unfallbedingt) bei/mit differentialdiagnostisch thorakaler Facettengelenksblockade, einem Status nach Kompressionsfraktur Th12 bei Treppensturz am 25. Juni 2012 sowie aktuell klinisch anamnestisch eine Lumboischialgie links, Radikulärsymptomatik L5 links, eine grosse Wurzeltaschenzyste, differentialdiagnostisch L5/S1 links mit Kompression der Wurzel L5 links. Zum Befund führte der Facharzt aus, das MRI LWS vom 1. Oktober 2015 zeige eine links foraminal-dorsal 8 mm messende, a.e. Synovialiszyste mit Kompression der Wurzel oder Wurzeltaschenzyste. Es bestünden weitere bekannte degenerative Veränderungen.

**4.1.11** In der orthopädischen Beurteilung vom 29. Oktober 2015 (in den Gerichtsakten) führte der SUVA -Versicherungsmediziner Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, es finde sich exakt eine Kyphosefehlstellung, das heisst krankhafte Inklination der BWS von etwa acht Grad. Damit handle es sich um eine unfallbedingte Deformierung der BWS, die gemäss der Tabelle „Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaaffektionen“ in der Unfallversiche-

nungsgesetzgebung gar keine Berücksichtigung finde, da erst von einem Integritätsschaden ab einer kyphotischen unfallbedingten Fehlstellung der Brustwirbelsäule ab 10 Grad auch von einer allfälligen klinischen Relevanz ausgegangen werde (S. 2). Die von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ beschriebene funktionelle Dysfunktion der Wirbelsäule und Reklination des thorakalen Wirbelsäulenabschnittes sei mit der posttraumatischen Achsabweichung und einer minimal verstärkten Kyphose und Inklination nicht in direktem Zusammenhang zu sehen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer achtundzwanzig Monate nach dem komplikationslos, annähernd in physiologischer Achsstellung verheilten Brustwirbelkörperbruch beklagten Beschwerden den unfallunabhängig vorbestehenden degenerativen Veränderungen der HWS, BWS und LWS und der Beckenmalrotation geschuldet seien und nicht mehr in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis stünden (S. 3).

**4.1.12** In der orthopädischen Beurteilung vom 21. Januar 2016 (in den Gerichtsakten) nahm der SUVA -Versicherungsmediziner Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erneut Stellung. Er führte aus, die nunmehr zusätzlich vorgelegten Berichte von Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 1. Oktober 2015 und von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2015 stützten vielmehr seine eigenen Überlegungen bezüglich einer unfallunabhängigen Genese der weiterhin beklagten Beschwerdesymptomatik. Neben der bereits erwähnten Malrotation des Beckens und den Dysfunktionen der Bewegungskette der Wirbelsäule werde auf den bildgebenden Aufnahmen ein weiterer Grund für die beklagte Beschwerdesymptomatik aufgezeigt. Es stelle sich eine, die Nervenwurzel L5 linksseitig komprimierende, raumfordernde Flüssigkeitsstruktur im Foramen L5/S1 linksseitig dar, die die links akzentuierten Verspannungszustände der paravertebralen Muskel- und Faszienskette erklären würde. Es sei durchaus denkbar, dass die beschriebenen paravertebralen Verspannungszustände verschiedener Muskelgruppen im Brustwirbelsäulenbereich nicht nur auf unfallunabhängige lokale muskuläre Dysfunktionen, sondern auch auf die Irritation neurogener Strukturen im Lendenwirbelsäulenbereich zurückzuführen seien (S. 2 f.).

**4.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat,

unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachperso-

nen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

**4.3** Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 7. Juli 2015 (act. IIA 131) im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilung des SUVA -Versicherungsmediziners Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2014 (act. IIA 108). Dieser Bericht gibt ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status und Dr. med. D. \_\_\_\_\_ konnte sich aufgrund vorhandener Spital-, Untersuchungs- und Röntgenberichte ein gesamthaft lückenloses Bild machen. Die Voraussetzungen für die Erstellung eines Aktengutachtens (vgl. E. 4.2 hiavor) sind erfüllt, womit diesem Bericht voller Beweiswert zukommt.

**4.3.1** Die früheren Berichte von PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (act. II 28 S. 2) und Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (act. II 46) sowie der Dres. J. \_\_\_\_\_ (act. II 85) und K. \_\_\_\_\_ (act. II 90) werden in der Aktenbeurteilung vom 17. Oktober 2014 (act. IIA 108) zutreffend zitiert und in die gesamte Würdigung miteinbezogen. Bereits diese Ärzte waren mit Bezug auf den unfallbedingten Gesundheitsschaden von einem komplikationslosen und früh bzw. spätestens im Februar 2014 abgeschlossenen Heilungsprozess ausgegangen. So hielt PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ bereits im Oktober 2012 fest, bildgebend (vgl. MRI-Bericht vom 24. September 2012 [act. II 93 S. 40]) sei von einer Abheilung der BWK12-Fraktur auszugehen und die verbleibenden Beschwerden seien als funktionell zu qualifizieren (act. II 28 S. 2). Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ führte im Mai 2013 aus, durch den Unfall sei eine vor-

übergehende Verschlimmerung der degenerativen Veränderungen an der LWS eingetreten und ein Jahr nach dem Ereignis seien nicht unfallbedingte Veränderungen für die Beschwerden verantwortlich zu machen (act. II 46 S. 4). Dr. med. J. \_\_\_\_\_ stellte im Februar 2014 eine vollständig konsolidierte Fraktur bei einer leichten Keilwirbeldeformation und ansonsten unauffälligen Befunden fest (act. II 85) und bestätigte damit einen früheren CT-Befund vom 13. März 2013 (act. II 86). Der Kreisarzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ bestätigte am 24. Februar 2014 die Befunde von Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und hielt es für sehr wahrscheinlich, dass die aktuellen Restbeschwerden auf die vorbestehenden degenerativen Befunde im Bereich der LWS zurückzuführen seien (act. II 90 S. 7).

Dr. med. D. \_\_\_\_\_ begründete unter Hinweis auf diese Berichte sowie die weitere Aktenlage, insbesondere das CT vom 12. Februar 2014 (act. II 85), schlüssig und überzeugend, dass eine unfallbedingte strukturelle Schädigung oder Fehllage der Wirbelsäule ausgeschlossen werden kann, die BWK-Fraktur spätestens im Februar 2014 vollständig ausgeheilt war und nur eine minimal ausgeprägte Keilwirbelbildung verblieben ist und im Bereich der LWS nur eine vorübergehende Verschlimmerung der vorbestehenden leichten Verschleisserscheinungen eintrat, die jedenfalls im Februar 2014 nicht mehr bestand (act. IIA 108 S. 7).

**4.3.2** Aus der Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Der Orthopäde führt die Beschwerden auf die im Heilungsverlauf eingenommene Schonhaltung (act. IIA 103 S. 6) bzw. durch die Keilwirbelbildung hervorgerufenen Muskelverhärtungen (act. IIA 120 S. 3) zurück. Er vermag jedoch nicht nachvollziehbar darzulegen, weshalb die Schonhaltung oder die (leichte) Keilwirbelbildung für all die geklagten Beschwerden verantwortlich sein sollen. Gleichzeitig erwähnt er auch die beweismässigen Schwierigkeiten, weil man von der Muskulatur kein Röntgenbild anfertigen könne. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ gibt somit selber zu erkennen, dass ein schlüssiger Beweis für seine Auffassung nicht erbracht werden kann. Soweit er weiter feststellt, eine funktionelle Untersuchung sei von Seiten der Versicherungsmedizin gar nicht erwünscht, handelt es sich um eine Unterstellung zu Lasten der Organe der Beschwerdegegnerin, der angesichts der bisherigen umfas-

senden medizinischen Abklärungsmassnahmen nicht gefolgt werden kann. Zudem bleibt hinsichtlich der Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ festzuhalten, dass sie nicht in Kenntnis aller Vorakten ergangen ist. Denn im fachorthopädischen Kurzgutachten vom 16. Juli 2014 (act. IIA 103) werden lediglich die Bildgebungen zitiert. Die übrigen medizinischen Berichte (act. II 13; 16; 28; 46; 90) werden nicht erwähnt. Insbesondere werden die von den Dres. I.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ erwähnten degenerativen Veränderungen von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ausser Acht gelassen. Seine Ausführungen vermögen nach dem Dargelegten nicht zu überzeugen.

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ legt demgegenüber in der orthopädischen Beurteilung vom 29. Oktober 2015 (S. 2; in den Gerichtsakten) unter Hinweis auf die einschlägige Integritätsschaden-Tabelle (Tabelle 7, Integritätsschaden bei Wirbelsäulenauffektionen, abrufbar unter <www. suva.ch>) plausibel dar, dass erst ab einer Fehlstellung der BWS ab mindestens 10 Grad von einer allfälligen klinischen Relevanz ausgegangen wird; dieses Ausmass wird bei der beim Beschwerdeführer vorliegenden Abweichung von ca. acht Grad nicht erreicht.

**4.3.3** Soweit der Beschwerdeführer in der Replik vom 9. Dezember 2015 beanstandet, Dr. med. D.\_\_\_\_\_ habe mit der Beckenmalrotation einen neuen Befund erhoben, welcher bisher vertrauensärztlich nicht thematisiert worden sei, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf verwiesen (Duplik vom 5. Februar 2016), dass dieser Befund von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem fachorthopädischen Kurzgutachten (act. IIA 103) selber erhoben wurde und entsprechend von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 29. Oktober 2015 (in den Gerichtsakten) berücksichtigt wurde. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb kein lückenloser Befund in den medizinischen Unterlagen vorliegen soll. Dass Dr. med. D.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht selber untersucht hat, liegt in der Natur eines Aktengutachtens.

**4.3.4** Was den vom Beschwerdeführer vorgelegten Sprechstundenbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2015 (act. I 6) betrifft, hält Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in der orthopädischen Beurteilung vom 21. Januar 2016 (S. 3; in den Gerichtsakten) zu Recht fest, dass die diagnostisch festgestellte Unfallkausalität („unfallbedingt“) in keiner Art und Weise begründet

wird. Wenn Dr. med. D. \_\_\_\_\_ weiter auf die von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in Betracht gezogene Facettengelenksblockierung hinweist und es als nachvollziehbar erachtet, dass dies als eine mögliche Ursache der Verspannungen zur Diskussion gestellt werde, ist dies ebenfalls nicht zu beanstanden und stützt seine Auffassung, die Beschwerden seien nicht unfallbedingt.

Schliesslich führt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit Verweis auf das MRI der LWS vom 1. Oktober 2015 (in den Gerichtsakten) nachvollziehbar aus, dass die Flüssigkeitsstruktur im Foramen L5/S1 linksseitig ebenfalls die links akzentuierten Verspannungszustände erklären könne. Auch dieser Umstand stützt seine Einschätzung, wonach die anhaltenden Beschwerden nicht unfallbedingt seien.

**4.3.5** Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 8 Ziff. 2.1) begründen die Berichte der Dres. C. \_\_\_\_\_ und L. \_\_\_\_\_ nach dem in den E. 4.3.1 ff. hiervor Dargelegten keine Zweifel am schlüssigen, nachvollziehbar begründeten und widerspruchsfreien Aktengutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2014 (act. IIA 108). Der Sachverhalt ist mithin rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweissmassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden.

**4.4** Zusammenfassend ist erstellt, dass die anhaltenden LWS- und BWS-Beschwerden nicht mehr in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 25. Juni 2012 stehen. Der status quo sine betreffend die LWS war spätestens im Februar 2014 erreicht und zum gleichen Zeitpunkt war auch die BWS 12-Fraktur vollständig geheilt. Die Leistungseinstellung per 28. Februar 2014 wurde damit zu Recht verfügt. Der angefochtene Einspracheentscheid ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

**5.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - SUVA
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.