

200 16 840 UV
ACT/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Januar 2017

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 22. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1949 geborene ... A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert, als er sich am XX.XX.2005 bei einem Skiunfall (Zusammenstoss mit einem anderen Skifahrer) verletzte und anschliessend über Beschwerden an der Hals- und Lendenwirbelsäule klagte (Akten der Suva [act. II] 1 f., 19/2). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen und holte medizinische Unterlagen ein, insbesondere die zu Händen der zuständigen Haftpflichtversicherung erstellten Gutachten des PD Dr. med. C._____, Facharzt für Chirurgie, vom 22. September 2006 (act. II 70) sowie der Klinik D._____ vom 2. Dezember 2008 (act. II 168). Mit Schreiben vom 19. Juli 2010 (act. II 211) teilte sie mit, dass sie die Durchführung einer interdisziplinären Begutachtung beabsichtige. Dieses Vorgehen lehnte der Versicherte mit Schreiben vom 27. August 2010 ab (act. II 219), nachdem er sich damit zunächst einverstanden erklärt hatte (act. II 216). Nach diversen Schriftwechseln hielt die Suva mit Schreiben vom 17. August 2011 (act. II 275) an der Begutachtung fest und wies darauf hin, dass bei weiterhin aufrecht erhaltener Weigerung aufgrund der Akten entschieden werde. Mit Schreiben vom 7. September 2011 (act. II 276) schlug der Versicherte eine andere Gutachterstelle vor. Gestützt auf die bestehende Aktenlage stellte die Suva mit Verfügung vom 9. November 2011 (Akten der Suva [act. IIa] 279) die Taggeldleistungen auf den 30. November 2011 ein und verneinte den Rentenanspruch, da in der bisherigen Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, indessen sprach sie eine auf einer Integritätseinbusse von 15 % basierende Integritätsentschädigung zu. Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIa 285) wie sie mit Entscheid vom 27. Februar 2012 (act. IIa 291) ab.

B.

In der Zwischenzeit hatte die IV-Stelle Bern mit Verfügung vom 26. Oktober 2010 (act. II 236) dem Versicherten bei einem IV-Grad von 75 % eine ganze Invalidenrente ab dem 1. März 2006 zugesprochen, welche am 3. Dezember 2012 revisionsweise bestätigt wurde (act. IIa 315/3 f.).

C.

Die gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 27. Februar 2012 erhobene Beschwerde (act. IIa 302) hiess das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 6. März 2013, UV/2012/344 (act. IIa 309), unter Aufhebung des angefochtenen Entscheides gut und wies die Sache an die Suva zurück, damit sie nach Vornahme einer sämtliche Aspekte des Falles umfassenden medizinischen Begutachtung (mit den Fachrichtungen Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie) neu über die Taggeldeinstellung, die Rentenablehnung und die Höhe der Integritätsentschädigung verfüge (E. 4.4 und 5).

D.

In der Folge informierte die Suva den Versicherten mit Schreiben vom 10. September 2013 (act. IIa 353) über die vorgesehene interdisziplinäre Begutachtung und die vorgesehenen Gutachter; weiter gewährte sie das rechtliche Gehör. Meinungsverschiedenheiten über die Modalitäten der Begutachtung veranlassten die Suva, am 1. April 2014 eine Zwischenverfügung zu erlassen (act. IIa 358, 364, 367, 369, 373). Nachdem zwischen der Suva und dem Versicherten hinsichtlich der Begutachtung eine einvernehmliche Lösung hatte gefunden werden können, erteilte die Suva am 19. Mai 2014 den Gutachterauftrag an die vorgesehenen medizinischen Experten (act. IIa 384 f.). In der Folge wurde das orthopädische Gutachten am 9. April 2015 (act. IIa 424/2), die neurologische Expertise am 22. Mai 2015 (act. IIa 406) und das psychiatrische Gutachten am 3. Juni 2015 (act. IIa 408/1 - 43) erstattet. Die

Konsensbeurteilung erfolgte am 2. Juni 2015 (act. IIa 408/44 - 54). Daraufhin bestätigte die Suva mit Verfügung vom 19. Oktober 2015 (act. IIa 435) die Einstellung der Leistungen per 30. November 2011 und verneinte den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen, insbesondere bestehe mangels adäquat kausaler Unfallfolgen kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIa 439, 442) wies die Suva mit Entscheid vom 22. Juli 2016 ab (act. IIa 452).

E.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 13. September 2016 Beschwerde. Er beantragt, der angefochtene Entscheid sowie die Verfügung vom 19. Oktober 2015 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 30. November 2011 hinaus die gesetzlichen UVG-Leistungen auszurichten. Eventualiter sei ein Obergutachten eines Orthopäden sowie eines Wirbelsäulenchirurgen einzuholen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 22. Juli 2016 (act. IIa 452). Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom XX.XX.2005 über den 30. November 2011 hinaus Leistungen zu erbringen hat.

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 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 vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [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).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammen-

hang 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).

2.2.1 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).

2.2.2 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).

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).

2.2.3 Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

2.2.4 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

2.3 Um den Leistungsanspruch beurteilen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

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).

2.4 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

Im Nachgang zum Urteil des Verwaltungsgerichts vom 6. März 2013 (VGE UV/2012/344; act. IIa 309) ist den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1

3.1.1 Im *orthopädischen* (Teil-)Gutachten vom 9. April 2015 (act. IIa 424/2) führte Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus (act. IIa 424/16 ff.), er erachte die Fraktur auf Höhe BWK1 als Impressionsfraktur vom Typ A. In der ganzen Bilddokumentation habe keine Ödembildung im ligamentären Apparat der Halswirbelsäule, aber auch keine posttraumatische Veränderung der Bandscheibe diagnostiziert werden können. Es sei auch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich die Vorderkante des kranialen Wirbelkörpers C7 beim Trauma in die Deckplatte von BWK1 eingepresst habe. Der Schmerzverlauf dieser Fraktur sollte sich im Laufe von drei bis sechs Monaten nach der Fraktur, insbesondere bei Konsolidation des frakturierten Wirbelkörpers, allmählich reduzieren. Eine leichte bewegungsabhängige Restsymptomatik könnte allenfalls durch die leichte Keildeformität und der damit verbundenen Alignmentstörung erklärt werden. Diese Alignmentstörung werde üblicherweise jedoch durch die Dynamik der Bandscheiben kompensiert. Insofern könne eine persistente Nackenschmerzproblematik aufgrund dieser Fraktur bis zum heutigen Zeitpunkt nicht nachvollzogen werden. Die Beschwerden im Verlauf an oben genannter Lokalisation seien

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht dem zu beurteilenden Trauma zuzuordnen. Ein traumatisch induzierter, zeitlich schnellerer Degenerationsprozess der Halswirbelsäule, im Vergleich zu Patienten ohne Trauma, sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Eine vorübergehende Aktivierung der Schmerzproblematik an der Halswirbelsäule sei in diesem Zusammenhang sehr wahrscheinlich. Der heutige Beschwerdeumfang im Bereich der Halswirbelsäule sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Degenerationsprozess zuzuordnen. Ein Zusammenhang mit dem Trauma im Jahr 2005 sei wenig wahrscheinlich. Weiter gab Dr. med. E. _____ an (act. IIa 424/19 ff.), die derzeitigen Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Degenerationsprozess im tieflumbalen Bereich bedingt. Eine traumatische Kausalität mit Unfalldatum vor knapp zehn Jahren sei wenig wahrscheinlich. Eine traumatisch aktivierte Coxarthrose durch das Trauma vom XX.XX.2005 mit entsprechender vorübergehender Schmerzproblematik sei in Abhängigkeit des Unfallherganges möglich. Eine traumatisch induzierte zeitlich schneller abgelaufene Coxarthrose, im Vergleich zu Patienten ohne Trauma, sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Dr. med. E. _____ hielt zudem fest (act. IIa 424/28), möglicherweise sei der zeitliche Ablauf der Beschwerdezunahme durch das traumatische Ereignis aktiviert bzw. beschleunigt worden.

3.1.2 Im *neurologischen* (Teil-)Gutachten vom 22. Mai 2015 (act. IIa 406) hielt Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, fest (act. IIa 406/18 ff.), strukturell bedingt sei die Impression von BWK1, entsprechende lokale Beschwerden seien dadurch prinzipiell erklärbar, es werde auf das orthopädische Teilgutachten verwiesen. Unter Berücksichtigung der bildgebend darstellbaren, also organisch nachweisbaren degenerativen Veränderungen im Bereich von HWS und LWS ergäben sich auch Erklärungsmöglichkeiten für darüber hinausgehende Rückenschmerzen. Bekanntermassen sei aber die Korrelation zwischen Klinik und Bildgebung bei Fehlen radikulärer Zeichen schlecht. Aus neurologischer Sicht im engeren Sinne seien die beklagten Beschwerden, das Schmerzsyndrom, aber auch der Tinnitus, in ihrem Ausmass und ihrer Verteilung organisch nicht nachweisbar. Aus neurologischer Sicht sei eine Situation zu konstatieren, welche nicht mit organischen Befunden erklärbar sei, sondern nur mit einer

Schmerzfehlerverarbeitung. Der Gesundheitszustand wäre nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne das Unfallereignis vom XX.XX.2005 gleich wie heute. Da der aktuelle Zustand in seiner Gesamtheit aber aus somatischer Sicht nicht im Sinne einer natürlichen Kausalität begründet werden könne und zumindest in der Verarbeitung vom Vorliegen nicht organischer Faktoren auszugehen sei, müsse festgehalten werden, dass auch ein anderes Ereignis Auslöser für eine Entwicklung gewesen sein könnte, welcher zu einer ähnlichen oder auch anders gearteten Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes geführt haben könnte.

3.1.3 Im *psychiatrischen* (Teil-)Gutachten vom 3. Juni 2016 (act. IIa 408) gab PD Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, an (act. IIa 408/38), aus psychiatrischer Sicht lasse sich allenfalls eine reaktive psychische Dysbalance retrospektiv feststellen, die erstmalig Ende 2008 als Anpassungsstörung diagnostisch erfasst worden sei. Im weiteren Verlauf bis heute könne eine reaktiv neurotische Entwicklung „nach gehalten“ werden mit der Entwicklung einer nach den Kriterien am ehesten undifferenzierten Somatisierungsstörung mit der Differentialdiagnose des Verdachts auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit schwieriger Abgrenzung gegenüber Symptomausweitung (vgl. act. IIa 408/26). Die Entstehung dieser Symptomatik sei vor dem Hintergrund der gesehenen akzentuierten Persönlichkeitszüge psychiatrisch gut nachvollziehbar, stelle jedoch keine schwere psychische Störung dar, die aus sich heraus Einfluss hätte auf die Leistungs-/Arbeitsfähigkeit. Im psychiatrischen Bereich müsse von einer reaktiven Störung im Gefolge des Unfalles ausgegangen werden, so dass Teile des heutigen psychischen Leidensdruckes ohne Unfall so nicht bestehen würden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Gesundheitszustand jedoch nicht so erheblich verändert, dass ein relevanter Einfluss auf die Leistungsfähigkeit vorliegen würde. Dennoch habe der Unfall nicht jegliche Bedeutung verloren (act. IIa 408/42).

3.1.4 In der Konsensbeurteilung vom 2. Juni 2015 (act. IIa 408/44 ff.) führten die Experten die folgenden Diagnosen auf (act. IIa 408/45 f.):

Orthopädisch:

- a. Deckplattenimpressionsfraktur BWK1 (Fraktur Typ A 1.2, nach AO Klassifikation, eventuell Kontusion BWK2 bei Status nach Skiunfall vom XX.XX.2005).
- b. Chronifizierte Zervikalgie spondylogener Ursache mit/bei Chondrose C4/5, Osteochondrose C5/6 und C6/7 mit ventralen osteophytären, beginnend überbrückenden Ossifikationen sowie osteodiskogener Enge C5/6 und C6/7 mit leichtgradig foraminalem Engen beidseits auf diesen Segmenten.
- c. Mehrsegmental degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, insbesondere Spondylarthrosen L4/5, Osteochondrose L5/S1 mit Spondylarthrose und degenerativer Anterolisthese L5 über S1 Meyerding Grad I mit foraminalem Engen beidseits.
- d. Thorakolumbale grossbogige skoliotische Fehlhaltung.
- e. Beginnende ISG-Arthrosen beidseits mit rezidivierenden Blockaden bei bekanntem Beckenschiefstand links abfallend.
- f. Tieflokales lumbales Schmerzsyndrom mit rechtsbetonter Hüft- und Bein-schmerzproblematik bei Status nach Hüft-TP rechtsseitig vom 5. Juni 2013.

Neurologisch:

- a. Status nach HWS-Distorsionsstrauma am XX.XX.2015.
- b. Tinnitus beidseits.

Psychiatrisch:

- a. Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1), DD V.a. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) mit schwieriger Abgrenzung gegenüber Symptomausweitung.
- b. V.a. akzentuierte Persönlichkeitszüge mit führend narzisstischen, kontrollierend zwanghaften und fraglich selbstunsicheren Anteilen (ICD-10: Z73.1).

Auf die Frage, welche Beschwerden organisch nachweisbar seien, gaben die Gutachter an (act. IIa 408/46), wesentlich bestimmend für diese Frage sei hier die orthopädische Einschätzung. Aus neurologischer Sicht im engeren Sinn seien die beklagten Beschwerden in ihrem Ausmass und ihrer Verteilung organisch nicht erklärbar. Insgesamt ergebe sich aus den somatischen Gutachten, dass die angegebenen Beschwerden in dem beschriebenen Ausmass somatisch nicht ausreichend zu erklären seien. Die Schmerzproblematik erkläre sich partiell über die gestellte Diagnose einer somatoformen Störung, die im Sinne des Fragestellers als organisch nicht nachweisbar zu betrachten sei. Aus den vorliegenden Gutachten folge einheitlich, dass zumindest eine Teilkausalität anzunehmen sei, dies gelte auch für die organisch nicht nachweisbaren Beschwerden (act. IIa 408/47). Betreffend unfallfremder Beschwerden verwiesen die Gutachter (act. IIa 408/47 f.) auch hier primär auf das orthopädische Gutachten, da im enge-

ren Sinne eine neurologische Problematik hier keine Rolle spiele. Orthopädisch werde herausgearbeitet, dass im Sinne von unfallfremden Ursachen degenerative Veränderungen (an verschiedenen Strukturen) und deren Entwicklung im Verlauf durchaus als unfallfremde Beschwerden anzusehen seien. Aus psychiatrischer Sicht müsse primär von einem unfallreaktiven neurotischen Geschehen ausgegangen werden vor dem Hintergrund einer erhöhten Vulnerabilität. Weder aus orthopädischer, noch aus neurologischer, noch aus psychiatrischer Sicht ergäben sich relevante quantitative oder qualitative Einschränkungen in der Ausführung des erlernten Berufes. Auch in der Integration der einzelnen Disziplinen gelinge es additiv nicht, die gesehenen diagnostischen / funktionsorientierten Einschätzungen als so erheblich zu gewichten, dass sich hieraus ein versicherungsmedizinisch relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als ... ergeben würde (act. IIa 408/50). In den somatischen Fachgutachten hätten keine Hinweise auf eine dauerhafte und erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen Integrität gesehen werden können (act. IIa 408/51).

3.2 Im Bericht der Klinik D. _____, vom 16. Oktober 2015 (act. IIa 439/4 ff.) führten die behandelnden Ärztinnen die folgenden Diagnosen auf:

Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei

- Anamnestisch nach einem Skiunfall am XX.XX.2005
- MRI der gesamten Wirbelsäule vom 12. Oktober 2015: Mehrsegmentale degenerative Veränderungen der HWS und der LWS mit den Hauptbefunden einer leichten foraminalen Enge C6/7 bds. und einer Olisthese L5/S1 mit möglicher Irritation der Wurzeln L5 und S1 rechts
- Klinisch-neurologisch: Kein Hinweis auf ein myeloradikuläres Ausfallsyndrom, Druckdolenz paravertebral an der HWS sowie an der LWS rechtsbetont, Angabe einer zirkulären Hypästhesie linker Arm und im Dermatom L5 und S1 rechts
- Elektrophysiologisch: Normale motorische Neurographie des N. tibialis und N. peroneus communis rechts, Kurz-EMG der typischen Kennmuskulatur L5 und S1 rechts normal

St. n. Hüft-TP rechts 2013, fecit Dr. med. Hersche

Die behandelnden Ärztinnen gaben ad LWS an, es bestehe ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom seit einem Skiunfall im ... 2005, aktuell mit anamnestisch im Vordergrund stehender Lumboischialgie rechts. Klinisch-neurologisch und elektrophysiologisch zeige sich kein Hin-

weis auf ein radikuläres Ausfallsyndrom, die diskrete Umfangdifferenz zu Ungunsten der linksseitigen Oberschenkelmuskulatur bleibe ätiologisch unklar. Als morphologisches Korrelat der Lumboischialgie rechts zeige sich im MRI eine Olisthese L5 gegenüber S1. Ad HWS wurde festgehalten, auch das chronische Zervikalsyndrom mit fluktuierend auftretender Zervikobrachialgie bds. bestehe seit dem Skiunfall. Im MRI der HWS zeigten sich leichte foraminale Engen für die Wurzel C7 bds., wodurch ein cervico-radikuläres Reizsyndrom möglich wäre. Klinisch sei von einer myofaszialen Hauptursache der Schmerzen auszugehen. Hinweise für ein myeloradikuläres Ausfallsyndrom ergäben sich nicht. Zusätzlich sei bei chronischen Schmerzen von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen.

3.3 Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, hielt im Bericht vom 21. Juni 2016 (act. IIa 446) fest, der Beschwerdeführer leide an einer ausgeprägten Arnoldschen Subokzipitalneuralgie auf der rechten Seite mit Schmerzen, welche vom Nacken bis in die rechte Stirnhälfte ausstrahlten. Zusätzlich zu dieser Subokzipitalneuralgie habe er auf der rechten Seite Nackenschmerzen, welche bis in die rechte Schulter reichten. Dies wegen einer zusätzlichen zervikalen Wirbelsäulenproblematik. Diese Probleme bestünden seit dem Skiunfall vom XX.XX.2005 und seien seither chronisch geworden.

3.4 Dr. med. I._____, Praktischer Arzt, und Dr. med. J._____, Facharzt für Chirurgie, hielten in der Stellungnahme vom 11. September 2016 (Akten der Suva [act. IIb] 467) zum orthopädischen (Teil-) Gutachten von Dr. med. E._____ vom 9. April 2015 fest, der Experte führe als erste Diagnose einen Zustand nach Skiunfall auf. Es sei hinreichend bekannt, dass ein „Status nach“ keine medizinische Diagnose sei. Diese Formulierung stelle eine Technik dar, der Verletzung (die BWK1 Fraktur und Kontusion von BWK2) die Bedeutung für die aktuellen Beschwerden zu nehmen, ohne dies klarzustellen. Auf Seite 19 des Gutachtens stehe: „(...) Die Beschwerden in der rechten Hüft-/Becken-/Beinregion zeigten sich in der Folge progredient. Eine Traumatisierung mit Aktivierung der vorbestehenden Coxarthrose rechtsseitig mit entsprechender Schmerzpersistenz ist daher naheliegend (...)“. In der Beurteilung auf der gleichen Seite stehe: „Eine traumatisch aktivierte Coxarthrose durch das Trauma am XX.XX.2005 mit

entsprechender vorübergehender Schmerzproblematik ist in Abhängigkeit des Unfallherganges möglich (...)“. Diese Einschätzung werde nicht begründet und die beiden Formulierungen seien qualitativ verschieden. Der Gutachter sei sich dessen nicht bewusst oder er wisse den Unterschied zwischen „wahrscheinlich“ (naheliegend) und „möglich“ nicht. Zudem sei ihm nicht klar, dass eine Spekulation über den natürlichen Verlauf einer Gelenkspathologie versicherungsmedizinisch hinfällig sei, wenn das Gelenk, wie im vorliegenden Fall die Hüfte, durch eine Prothese verändert worden sei (S. 3 f.). Weiter hielten die Dr. med. I. _____ und J. _____ fest (S. 4 f.), die Frage, ob durch die Fraktur von BWK1 eine richtunggebende Verschlimmerung der Degeneration der Halswirbel verursacht worden sei, werde in den Beurteilungen auf Seite 16 bis 18 „hin und her erwogen“. Der Gutachter zeige seine Ambivalenz in der zweiten Beurteilung (Seite 17, unten) und seine fehlende versicherungsmedizinische Sicherheit: „Eine vorübergehende Aktivierung der Schmerzproblematik an der Halswirbelsäule ist in diesem Zusammenhang sehr wahrscheinlich. Der heutige Beschwerdeumfang im Bereich der Halswirbelsäule ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Degenerationsprozess zuzuordnen. Ein Zusammenhang mit dem Trauma im 2005 ist wenig wahrscheinlich.“ Für eine solche Beurteilung fehle eine schlüssige Argumentation. Die ausgiebigen, nicht schlüssigen Erwägungen auf Seite 16 bis 18 liessen vermuten, dass der Gutachter hier einen Bauchentscheid getroffen habe. Der Gutachter müsste wissen, dass ein Integritätsschaden nur dann entschädigt werde, wenn er dauerhaft (bis ans Lebensende) und erheblich (Schmerzen) sei. Ohne neue Erkenntnisse und ohne den Beweis zu erbringen, dass der Beschwerdeführer ohne Fraktur heute dieselben degenerativen Veränderungen hätte und mit Sicherheit den verletzten Wirbeln BWK1 und 2 heute keine Beschwerden angelastet werden könnten, sei die Unfallkausalität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen.

4.

4.1 Es ist zu Recht (vgl. E. 4.3 hiernach) nicht bestritten, dass die Beschwerdegegnerin den Fall abgeschlossen und die Rentenfrage geprüft hat, da von weiteren Behandlungen keine nahnhaftige Besserung des Ge-

sundheitszustandes zu erwarten ist und keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung laufen (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

4.2 Die mit Urteil des Verwaltungsgerichts vom 6. März 2013 (VGE UV/2012/344) angeordneten Abklärungsmassnahmen (act. IIa 309/22 E. 4.4) sind mit den Gutachten vom 9. April, 22. Mai und 3. Juni 2015 (act. IIa 424/2, 406, 408) sowie der Konsensbeurteilung vom 2. Juni 2016 (act. IIa 408/44) erfolgt.

4.2.1 Das psychiatrische Gutachten des PD Dr. med. G. _____ vom 3. Juni 2015 (act. IIa 408) sowie das neurologische Gutachten des Dr. med. F. _____ vom 22. Mai 2015 (act. IIa 406) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 2.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353), da sie – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandeln und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurden. Weiter leuchten sie in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. In den Akten liegen keine Arztberichte, welche Zweifel an der Zuverlässigkeit der Einschätzung der Experten zu erwecken vermöchten, insbesondere enthält der Bericht der Klinik D. _____ vom 16. Oktober 2015 über die erfolgte neurologische Konsultation keine Äusserungen zum Kausalverlauf, sondern die Ärztinnen beschränken sich darauf anzugeben, dass die Beschwerden seit dem Skiunfall bestünden (act. IIa 439/6). Dasselbe gilt für den Bericht des Dr. med. H. _____ vom 21. Juni 2016 (act. IIa 446). In der Beschwerde, S. 6 Ziff. 4, wird zu Unrecht vorgebracht, der Neurologe Dr. med. F. _____ bejahe das Bestehen neurologischer Unfallfolgen; der Experte geht vielmehr davon aus, dass eine Fehlverarbeitung erfolgt ist („zumindest in der Verarbeitung vom Vorliegen nicht organischer Faktoren auszugehen ist“; act. IIa 406/21). Fehlen Unfallfolgen, ist auch zwanglos erklärt, weshalb hier der stumme Vorzustand (vgl. Beschwerde S. 6) nicht massgebend ist. Dasselbe gilt deshalb auch für die vom Neurologen Dr. med. F. _____ erwähnten Reserveursachen (act. IIa 406/21).

Damit ist erstellt, dass in psychiatrischer und neurologischer Hinsicht keine Unfallfolgen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen (act. IIa 406/20 resp. IIa 408/38 und 43) resp. keine Integritätseinbusse besteht (act. IIa 406/20 resp. act. IIa 408/41).

4.2.2 Das orthopädische Gutachten des Dr. med. E. _____ vom 9. April 2015 (act. IIa 424/2) mag zwar nicht sehr leserfreundlich ausgestaltet sein (wie dies die Dres. med. I. _____ und J. _____ im Bericht vom 11. September 2016 zu Recht monieren; act. IIb 467/2), dennoch erfüllt es inhaltlich die Anforderungen der Rechtsprechung an Gutachten (vgl. E. 2.3 hiervor) und überzeugt. Entgegen der Auffassung in der Beschwerde, S. 5 Ziff. 3, führt der Gutachter nicht aus, dass weiterhin Unfallfolgen bestehen, sondern er erläutert allein, die Beschwerdesymptomatik sei „möglicherweise“ – also nicht überwiegend wahrscheinlich – aktiviert resp. beschleunigt worden (act. IIa 424/28). Die Klinik D. _____ ging im Gutachten vom 2. Dezember 2008 von einer „vorwiegend traumatisch bedingte[n] Symptomatologie“ aus, wobei sie sich letztlich allein auf den nicht zulässigen Grundsatz „post hoc ergo propter hoc“ (vgl. E. 2.2.3 hiervor) stützte, da sie ausschliesslich den Vor- mit dem Istzustand verglich (act. II 168/32), so dass die Auffassung der Vorgutachter – anders als in der Beschwerde, S. 6 f., angenommen – nicht überzeugt. Weiter hat Dr. med. E. _____ überzeugend ausgeführt, weshalb hier eine Impressionsfraktur des Typs A vorliegt (act. IIa 424/15 f.; vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 6). Die inhaltliche Kritik der Dres. med. I. _____ und J. _____ im Bericht vom 11. September 2016 (act. IIb 467/3 ff.) enthält kein Indiz, das gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung des Experten spräche: Die Bildgebung im Gutachten (act. IIa 124/9 ff.) ist genügend klar und nachvollziehbar dargestellt. Die Diagnosen sind ebenfalls genügend nachvollziehbar gestellt (act. IIa 424/13 f.). Dass ein Status nach Skiunfall diagnostiziert wird, ändert daran nichts; der Experte will damit allein ausdrücken, dass die weitere Diagnose der Deckplattenimpressionsfraktur Folge dieses Unfalles ist. Wenn der Gutachter weiter im Befund ausführt, eine „Traumatisierung mit Aktivierung der vorbestehenden Coxarthrose rechtsseitig mit entsprechender Schmerzpersistenz ist daher naheliegend“, und in der Beurteilung weiter schreibt, eine „traumatisch aktivierte Coxarthrose durch das Trauma ... mit entsprechender vorübergehender Schmerzproblematik ist in Abhängig-

keit des Unfallherganges möglich“ (act. IIa 424/20), liegt kein Widerspruch vor. Denn der Experte führt einerseits weiter aus, eine traumatisch induzierte zeitlich schneller abgelaufene Coxarthrose sei im Vergleich zu Patienten ohne Trauma nicht überwiegend wahrscheinlich (act. IIa 424/20 f.); die Dres. med. I. _____ und J. _____ führen denn auch nicht aus, inwiefern dieser Vergleich nicht korrekt sein sollte (act. IIb 467/3 f.). Andererseits bedeutet eine Hypothese im Befund (hier „naheliegend“) noch keine Antizipation der Beurteilung (hier allein „möglich“). Sodann ist zu erwähnen, dass die Ausführungen über die Nacken- und Halswirbelsäulenschmerzen (act. IIa 424/17 f.) konsistent und nachvollziehbar sind; ein „hin und her“-Erwägen (act. IIb 467/4) liegt nicht vor. Wenn die Suva schliesslich eine Integritätsentschädigung zugesprochen hat, was einen rechtlichen Vorgang darstellt, hat dies keinen Einfluss auf eine spätere medizinische Einschätzung. Dies abgesehen davon, dass die Zusprache der Integritätsentschädigung nicht rechtskräftig geworden ist, denn die entsprechende Verfügung vom 9. November 2011 (act. IIa 279) wurde zwar durch den Einspracheentscheid vom 27. Februar 2012 geschützt (act. IIa 291), dieser jedoch vom Verwaltungsgericht 2013 gesamthaft aufgehoben (act. IIa 309/24).

In der Folge ist auch in orthopädischer Hinsicht erstellt, dass weder Unfallfolgen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIa 424/26 f.) noch Integritätseinbussen (act. IIa 424/27) bestehen.

4.3 Mangels natürlich unfallkausaler Arbeitsunfähigkeit und Integritätseinbussen besteht kein Anspruch auf Geldleistungen der Unfallversicherung. Ebenso besteht kein Anspruch auf Weiterführung der Heilbehandlung.

Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Unfallfolgen nicht per 30. November 2011 – den Zeitpunkt der Leistungseinstellung – abgeheilt gewesen wären. Von den Gutachtern wird jedenfalls nichts Gegenteiliges festgehalten. Bereits am 17. August 2009 gab der Kreisarzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Chirurgie, an (act. II 182/6), die konservativen Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft; es sei der Zeitpunkt für den rententechnischen Abschluss gekommen. Dr. med. L. _____, Facharzt für Chirurgie, vom versicherungsmedizinischen Dienst der Beschwerdegegnerin hielt sodann am 19. Oktober 2010 fest (act. II 233/2), von

weiteren Behandlungen könne keine wesentliche Besserung mehr erwartet werden. Wie bereits vom Kreisarzt festgehalten (vgl. act. II 182/7 und 200/2), sei der Beschwerdeführer nach objektiven Kriterien körperlich voll arbeitsfähig im Beruf als ... wie auch in jeder anderen leichten wechselbelastenden Tätigkeit ganztags.

4.4 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom XX.XX.2005 die Leistungen zu Recht per 30. November 2011 eingestellt. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

5.

5.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein 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.