

200 18 67 UV  
GRD/LUB/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. Oktober 2018**

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Lüthi

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

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Dezember 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1952 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva (Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er am xx.xx.1999 bei ... in einem ... mit einer ... von mehreren Splintern getroffen wurde. (Akten der Suva [act. IIA], 1). Dabei zog er sich insbesondere eine Rückenmarkverletzung zu, was zu einer sensomotorischen inkompletten Paraplegie links führte (act. IIA 146 S. 2). Nachdem die Suva im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Taggeld und Heilbehandlung erbracht hatte, sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 26. Juni 2003 ab August 2003 eine auf einem Invaliditätsgrad von 80 % basierende Invalidenrente, eine Hilflosenentschädigung leichten Grades sowie eine Integritätsentschädigung entsprechend einem Integritätsschaden von 95 % zu (act. IIA 187).

Im November 2015 begab sich der Versicherte wegen persistierender, in die Gesässbacke links ausstrahlender Rückenbeschwerden in ärztliche Behandlung (Akten der Suva [act. II], 120). In der Folge führte die Suva diverse medizinische Erhebungen durch, insbesondere holte sie beim Kreisarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Beurteilung vom 2. Juni 2016 ein (act. II 133). Gestützt darauf verneinte sie mit Verfügung vom 12. Oktober 2017 ihre Leistungspflicht und legte zur Begründung dar, zwischen dem Unfall vom xx.xx.1999 und den geltend gemachten Rückenbeschwerden bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang (act. II 166). Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 167) mit Entscheidung vom 7. Dezember 2017 fest (act. II 171).

### **B.**

Mit Eingabe vom 23. Januar 2018 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde und beantragt, der Einspracheent-

scheid vom 7. Dezember 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten für die Behandlung der linksseitigen persistierenden, in die Gesässbacke links ausstrahlenden Rückenschmerzen vollumfänglich zu übernehmen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. März 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 9. Mai 2018 bzw. Duplik vom 13. Juni 2018 halten die Parteien an ihren gestellten Anträgen und vorgebrachten Standpunkten 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 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** Anfechtungsobjekt bildet der die Verfügung vom 12. Oktober 2017 (act. II 166) bestätigende Einspracheentscheid vom 7. Dezember 2017 (AB 171). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfall-

versicherung für die als Folgen des Ereignisses vom xx.xx.1999 geltend gemachten in die linke Gesässbacke ausstrahlenden Rückenbeschwerden.

**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** Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Massgebend ist hier deshalb das bisherige Recht.

**2.2** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). 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).

**2.3** 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).

**2.3.1** 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 entfiel ("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 Beweismwürdigung 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).

**2.3.2** 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). 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).

**2.4** Die Versicherungsleistungen werden grundsätzlich auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bezüger einer Invalidenrente haben nach Rückfällen und Spätfolgen Anspruch auf Heilbehandlung, wenn die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder

vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann (Art. 11 UVV i.V.m. Art. 21. Abs. 1 lit. b und Abs. 3 UVG). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Dezember 2016, 8C\_61/2016, E. 3.2).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C\_61/2016, E. 3.2).

### 3.

**3.1** In Bezug auf die geltend gemachten in die linke Gesässbacke ausstrahlenden Rückenbeschwerden ergibt sich in medizinischer Hinsicht aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

**3.1.1** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 15. November 2015 (act. II 120) eine mehretagere Spondylose und Spondylarthrose der LWS mit ausgeprägter Facettengelenksarthrose L4/5 linksbetont und Facettengelenkszyste mit konsekutiver rezessaler Einengung L4/5 links, eine sensomotorische inkomplette Paraplegie sub Th3 wegen Myelonverletzung Th4/5 und einen Tinnitus bds. nach ... (act. II 120 S. 1). Aktuell klage der Patient über ein hauptsächlich lokales lumbales Schmerzproblem linksbetont. Ursache dürfte die Facettengelenksarthrose L4/5 mit konsekutiver Facettengelenkszyste und Spinalkanalstenosierung L4/5 links sein (act. II 120 S. 2). Im Infiltrationsbericht vom 1. Dezember 2015 (act. II 117) wiederholte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ die von ihm bereits gestellten Diagnosen.

**3.1.2** Der Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ führte in der Beurteilung vom 2. Juni 2016 (act. II 133) als Diagnosen eine sensomotorische inkomplette Paraplegie sub Th3 bei St. n. ... mit Myelonläsion, ein neuropathisches Schmerzsyndrom im Unterbauchbereich und in den unteren Extremitäten und einen Tinnitus bds. nach ... auf. Unfallfremd bestünden eine mehretagere Spondylose und Spondylarthrose der LWS mit ausgeprägter Facettengelenksarthrose L4/5 linksbetont und Facettengelenkszyste mit konsekutiver rezessaler Einengung L4/5 links und eine Spondylolisthesis vera L5/S1 (act. II 133 S. 1). Bei der Beurteilung der radiologischen Diagnostik falle zunächst eine flachbogige linkskonvexe Seitenverbiegung der unteren BWS und oberen LWS mit Scheitelpunkt LWK 1/2 und Torsion Moe 1 auf. In der Seitenebene sei eine insgesamt noch harmonische Schwingung der Wirbelsäule zu erkennen, wobei das Kreuzbein grenzwertig zu einem Sacrum acutum zu definieren sei. Auffällig in den Funktionsaufnahmen der LWS vom 16. Februar 2016 sei die Mobilität des 5. Lendenwirbels unter LWK 4 sowie die deutliche Abkipfung desselben nach dorsal bei Inklination sowie die Minderung des Zwischenwirbelraumes L5/S1. Werde eine unfallbedingte Muskelschwäche der Rumpfmuskulatur seit dem Unfallereignis

postuliert, müsste sich sowohl die Kyphose der BWS als auch die Lordose der LWS im Verlauf von ... Jahren deutlich verstärkt haben. Dies sei aber den Röntgenaufnahmen nicht zu entnehmen. Als wahrscheinlicher für die vorliegenden verschleissbedingten Veränderungen sei die Spondylolisthese (Wirbelgleiten) bei LWK 5 anzusehen. Hierbei handle es sich um eine angeborene oder im Kindesalter erworbene Deformität, bei der der Bogenwurzelschluss am Wirbelkörper beidseits unvollständig sei. Dies führe zu einer Instabilität mit Wirbelgleiten, was dauerhaft zu einem Verschleiss der Bandscheibe und auch der Facettengelenke führe. Diese Deformität sei nicht kausal zum Unfallereignis (AB 120 S. 2). Es könne auch nicht davon ausgegangen werden, dass die muskulären Unfallfolgen diese Situation richtunggebend verschlimmert hätten, zumal hier kontinuierlich zunehmende Beschwerden vorauszusetzen seien. Der Versicherte sei aber laut Konsultationsbericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zwischen 1999 und 2015 nicht behandlungsbedürftig gewesen. Insofern könne nicht davon ausgegangen werden, dass die angeborene Deformität der unteren LWS durch das Unfallereignis richtunggebend verschlimmert worden sei. Viel eher sei anzunehmen, dass die verschleissbedingten Beschwerden spontan symptomatisch geworden seien. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei daher eine Kausalität zwischen den Unfallfolgen und den beklagten degenerativen Veränderungen der LWS nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben (act. II 133 S. 3).

**3.1.3** Nach einer weiteren Infiltration nannte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 20. Juni 2016 als Diagnose eine mehretagere Spondylose und Spondylarthrose der LWS mit instabiler degenerativer Spondylolisthese L4/5 und massiver Facettengelenksarthrose L4/5 mit Facettengelenkszyste L4/5 links und konsekutiver rezessaler Einengung L4/5 links. Im Weiteren bestätigte er seine bisher genannten Diagnosen (act. II 187).

**3.1.4** Am 7. August 2017 berichtete die Hausärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, der Gesundheitszustand sei weitestgehend stationär, bis auf eine Zunahme der Rückenbeschwerden bei mehretagerer Spondylose und Spondylarthrose der LWS mit instabiler degenerativer Spondylolisthese L4/5 mit Facettengelenkszyste L4/L6 links

und konsekutiver rezessaler Einengung L4/L5. Ausser dem Unfall seien keine weiteren Umstände bekannt (act. II 158).

**3.1.5** Der behandelnde Chiropraktor Dr. F. \_\_\_\_\_ führte im Schreiben vom 13. September 2017 aus, aufgrund der Fehlbelastung durch die Wirbelsäule wegen der inkompletten Paraplegie sei es klar, dass dies eine Beckenverwringung und funktionelle Blockierungen am lumbosacralen Übergang in der BWS bis hinauf in die obere Halswirbelsäule zur Folge gehabt habe. Es sei daher unmissverständlich klar, dass die Wirbelsäulenbeschwerden auf die ... mit darauffolgender inkompletter Paraplegie zurückgingen und somit als Unfallfolgen taxiert werden müssten (act. II 162).

**3.1.6** Der Kreisarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt am 19. September 2017 nach Vorlage des Schreibens des Chiropraktors vom 13. September 2017 fest, es ergäben sich keine neuen Aspekte, so dass die Beurteilung vom 2. Juni 2016 weiterhin gelte (act. II 163).

**3.1.7** Im Bericht des Zentrums G. \_\_\_\_\_ vom 16. November 2017 (act. II 170) diagnostizierten die Dres. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, und I. \_\_\_\_\_ einen St. n. ... des Myelons Höhe Th4/5, ein neuropathisches Schmerzsyndrom im Unterbauchbereich und in den unteren Extremitäten bds., eine Spastik in der linken unteren Extremität, einen chronischen Schmerz dorsal Beckenschaufel links und zwar wenig lateral des ISG obere Hälfte, eine bekannte Spondylolyse und Spondylarthrose in den unteren LWS-Segmenten und eine autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörung (AB 170 S. 1). Anhand der Anamnese und der klinischen Befunde bestehe der Verdacht, dass seit dem Unfall neben anderem eine chronische neuropathische Schmerzproblematik im Bereich der linken Beckenschaufel dorsal, etwa auf Höhe L4/5 resp. in die Nähe des ISG projizierend, bestehe (act. II 170 S. 3).

**3.1.8** In der neurochirurgischen Beurteilung des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der Suva vom 21. März 2018 (act. II 190) führte Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, aus, in Zusammenschau aller Befunde sei es aufgrund der Chronologie der durchgeführten Untersuchungen und Befunde überwiegend wahrscheinlich, dass die

beklagten Beschwerden ca. 2015 symptomatisch geworden seien. Es bestätige sich bildmorphologisch die Spondylose und Spondylarthrose, d.h. degenerative Veränderung, insbesondere im Bereich des Facettengelenks L4/5 mit Synovialzyste. Der Umstand, dass es nach der Infiltration zu einem kompletten Verschwinden der Schmerzsymptomatik gekommen sei, lasse einen Ursprung des Schmerzes aus dem Bereich des Facettengelenks L4/5 links in Zusammenhang mit einer Instabilität im Bereich der LWS überwiegend wahrscheinlich erscheinen (act II 190 S. 10 f.). Basierend auf den Voraufnahmen sei von einer anlagebedingten Bogenwurzelschlussstörung L5 auszugehen mit verändertem Facettengelenk LWK4/5 links. Dies habe über die Jahre zu den erheblichen degenerativen Verschleisserscheinungen und überwiegend wahrscheinlich zu der Gelenkzyste LWK 4/5 geführt. Es könne somit festgehalten werden, dass der Versicherte sowohl anlagebedingte Veränderungen als auch ausgeprägte degenerative Veränderungen an (act. II 190 S. 12) der unteren LWS habe, die im Verlauf der Jahre zugenommen hätten. Auch in Anbetracht des Abstands der Myelomläsion zu dem unteren Abschnitt der LWS, der in den Ganzkörperröntgen dargestellten Statik und der Art der radiologischen Veränderungen sei kein kausaler Zusammenhang der beklagten Beschwerden zum Ereignis von 1999 anzunehmen. Die Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sei nachvollziehbar. Basierend auf den radiologischen Veränderungen und vorliegenden Dokumenten sei aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Kausalität zwischen dem Unfall und den beklagten Beschwerden des Versicherten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben (act. II 190 S. 13).

**3.2** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 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. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). 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).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Dezember 2017 (act. II 171) massgeblich auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 2. Juni 2016 (act. II 133) gestützt. Die versicherungsinterne Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugt. Der Facharzt hat sich in seiner Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die Vorakten und bildgebenden Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Dass der Kreisarzt auf eine klinische Exploration des Beschwerdeführers verzichtet hat (act. II 124 S.1, act. II 167 S. 2), ist nicht zu beanstanden, konnte er sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hat einleuchtend und schlüssig dargelegt, dass Ursache für die verschleissbedingten Veränderungen die vorliegende Spondylolisthese (Wirbelgleiten) bei LWK 5 ist und es sich dabei um eine angeborene oder im Kindesalter erworbene Deformität handelt, die nicht

kausal zum Unfallereignis ist (act. II 133 S. 2). Diese Einschätzung wird auch durch die ebenfalls schlüssige und ausführliche weitere Beurteilung der Unfallkausalität durch Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ bestätigt (act. II 190). Auf die kreisärztliche Beurteilung ist damit abzustellen. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag diese nicht in Zweifel zu ziehen.

**3.3.1** Zunächst bringt der Beschwerdeführer vor, Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erachte als Ursache der Schmerzen die Facettengelenksarthrose L4/5 mit konsekutiver Facettengelenkszyste und Spinalkanalstenosierung L4/5 links und sehe diese offenbar im Zusammenhang mit dem Unfall (vgl. Beschwerde S. 5 Art. 4 Abs. 1).

Dieses Vorbringen verfängt nicht. Es trifft zwar zu, dass der behandelnde Arzt als Ursache für das lokale lumbale Schmerzproblem linksbetont die Facettengelenksarthrose L4/5 mit konsekutiver Facettengelenkszyste und Spinalkanalstenosierung L4/5 links verantwortlich sieht, über einen Kausalzusammenhang zwischen diesen Befunden und dem Ereignis von 1999 hat er sich jedoch nicht ausgesprochen (act. II 120). Auch in den Berichten vom 1. Dezember 2015 (act. II 117) und 20. Juni 2016 (act. II 187) hat sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht zur Unfallkausalität geäußert. Aus der Gegebenheit, dass sich die Beschwerdegegnerin veranlasst gesehen hatte, ihre Leistungspflicht zu prüfen, kann ebenfalls nicht geschlossen werden, Dr. med. D. \_\_\_\_\_ habe die Unfallkausalität bejaht (vgl. Replik S. 3 oben). Vielmehr kam die Beschwerdegegnerin damit lediglich ihrer Abklärungspflicht nach.

**3.3.2** Weiter beruft sich der Beschwerdeführer zur Begründung der Unfallkausalität auf die Stellungnahme des Chiropraktors Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 13. September 2017 (vgl. Beschwerde S. 5 Art. 4 Abs. 2), welcher festhielt, aufgrund der Fehlbelastung durch die Wirbelsäule wegen der inkompletten Paraplegie sei es klar, dass dies eine Beckenverwringung und funktionelle Blockierungen am lumbosacralen Übergang an der BWS bis hinauf in die obere Halswirbelsäule zur Folge gehabt habe und daher die Wirbelsäulenbeschwerden auf die ... mit darauffolgender inkompletter Paraplegie zurückgingen und somit als Unfallfolgen taxiert werden müssten (act. II 162).

Der Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hat am 25. April 2016 gestützt auf eine bildgebende Abklärung vom 5. August 2015 (act. II 128 S. 2) eine nennenswerte thorakale Fehlhaltung der Wirbelsäule, welche Auswirkung auf die LWS haben kann, explizit ausgeschlossen (act. II 129). Zudem hat sich Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 2. Juni 2016 mit der Verursachung der Beschwerden durch eine mögliche unfallbedingte Muskelschwäche auseinandergesetzt und hat ebenfalls in diesem Zusammenhang nachvollziehbar und überzeugend aufgezeigt, dass eine Fehlbelastung der Wirbelsäule nicht ausgewiesen ist. So hat er ausgeführt, werde eine unfallbedingte Schwäche der Rumpfmuskulatur postuliert, müsste sich sowohl die Kyphose der BWS als auch die Lordose der LWS im Verlauf von 17 Jahren deutlich verstärkt haben, was den Röntgenaufnahmen nicht zu entnehmen sei (act. II 133 S. 2). Die Stellungnahme des Chiropraktors ist damit nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken.

**3.3.3** Sodann moniert der Beschwerdeführer, der Bericht des Zentrums G.\_\_\_\_\_ vom 16. November 2017 sei im Einspracheentscheid nicht berücksichtigt worden, worin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ und Dr. med. I.\_\_\_\_\_ anhand der Anamnese und klinischen Befunde den Verdacht äusserten, dass beim Beschwerdeführer seit dem Unfall neben anderen eine chronische neuropathische Schmerzproblematik im Bereich der linken Beckenschaufel dorsal, etwa auf Höhe L4/5 resp. in der Nähe des ISG projizierend, bestehe. Diese seien also der Ansicht, dass es sich bei den Rückenbeschwerden um unfallbedingte (neuropathische) Schmerzen handle (vgl. Beschwerde S. 5 f. Art. 4 Abs. 3 und 4).

Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (S. 5 Ziff. 10.2) zutreffend ausführt, äussern die Dres. med. H.\_\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_\_ lediglich den Verdacht (act. II 170 S. 3) und nicht eine aufgrund des medizinischen Verlaufs und echtzeitlichen Dokumente gesicherte Feststellung. Des Weiteren basiert deren Einschätzung auf der nicht massgebenden 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 (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Hierzu hat Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_\_

in der neurochirurgischen Beurteilung vom 21. März 2018 überdies nachvollziehbar dargelegt, dass aufgrund der Chronologie der durchgeführten Untersuchungen und der Befunde überwiegend wahrscheinlich ist, dass die geklagten Beschwerden erst ca. 2015 symptomatisch geworden sind (act. II 190 S. 10). Der Bericht des Zentrums G. \_\_\_\_\_ ist deshalb ebenso wenig geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 2. Juni 2016 (act. II 133) zu begründen.

**3.3.4** Schliesslich wendet der Beschwerdeführer ein, im Gutachten des Spitals K. \_\_\_\_\_ vom 25. September 2002 sei keine Spondylolyse oder Spondylolisthesis bei LWK 5 und auch kein Wirbelgleiten bei LWK 4 erwähnt. Würde eine Spondylolyse seit Geburt oder seit Kindesalter bestehen, hätte diese bei der umfassenden Begutachtung festgestellt werden müssen. Da dies jedoch nicht der Fall sei, sei die These von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ einer vorbestehenden Deformität widerlegt (vgl. Beschwerde S. 6 f., Art. 5).

Diesem Einwand kann nicht gefolgt werden. Auch hierzu hat Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in der neurochirurgischen Beurteilung vom 21. März 2018 (act. II 190) Stellung genommen. Unter Berücksichtigung der Vorakten und insbesondere der Bildgebung hat sie nachvollziehbar dargelegt, dass die anlagebedingte Bogenwurzelschlussstörung L5 links mit verändertem Facettengelenk LWK 4/5 links bereits in den Voraufnahmen vom 9. Juni 1999 und 7. Januar 2000 zu sehen war und über die Jahre zu den erheblichen degenerativen Verschleisserscheinungen sowie zur Gelenkszyste LWK 4/5 links geführt hat. Sie hat diesbezüglich ausgeführt, auf den LWS/Beckenaufnahmen seien die Veränderungen in der Höhe LWK 4/5 bereits erkennbar, aber deshalb von den Gutachtern nicht beschrieben worden, weil die vorherrschende Symptomatik zum Zeitpunkt der Begutachtung eine schwere Myelonverletzung im Bereich der BWS gewesen sei und die Bildinterpretation auf die Beschreibung der ... im Bereich des Beckens und Foramen Sacralis links S1 fokussiert gewesen sei (act. II 190 S. 12). Auch in Anbetracht des Abstands der Myelonläsion zum unteren Abschnitt der LWS (LWK4/5 und LWK5/SWK1), der in den Ganzkörperrentgenen dargestellten Statik und der Art der radiologischen Veränderungen sei kein kausaler Zusammenhang der beklagten Beschwerden zum Ereignis

von 1999 anzunehmen (act. II 19 S. 13). Zur Dokumentation hat sie auf die entsprechenden Aufnahmen verwiesen, welche sie als Anhang ihrer Beurteilung beifügte (act. II 190 S. 17 f., Abbildung 3a und 5). Es ist damit gestellt, dass – obwohl im Gutachten des K. \_\_\_\_\_ vom 25. September 2002 nicht ausdrücklich erwähnt – die anlagebedingten Veränderungen bereits in den Jahren 1999 und 2000 bestanden haben. Das Gutachten des K. \_\_\_\_\_ vermag somit die Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht zu widerlegen oder daran auch nur geringe Zweifel zu wecken. Hinzu kommt, dass die muskulären Unfallfolgen – entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (vgl. Replik S. 4 f.) – die Deformität am Wirbelkörper auch nicht richtunggebend verschlimmert haben, zumal hierzu kontinuierlich zunehmende Beschwerden vorausgesetzt wären, was vorliegend nicht der Fall ist, war der Beschwerdeführer doch zwischen 1999 und 2015 diesbezüglich nicht behandlungsbedürftig (act. II 133 S. 3).

**3.4** Nach dem Dargelegten ist die Unfallkausalität der nach 16 Jahren geklagten Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung in die linke Gesässbacke nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen (vgl. E. 2.3.1 und 2.4 hiervor). Der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. Dezember 2017 (act. II 171) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

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

**4.2** 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:

Der Gerichtsschreiber:

**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.