VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und MLaw Ines Stocker
Gerichtsschreiber: MLaw Patrick Trütsch

U R T E I L vom 26. April 2021
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A._____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA lic. iur. B._____

gegen

Elips Versicherungen AG, Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz
Beschwerdegegnerin
vertreten durch RA C._____,
betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2019 144

A. Der 1977 geborene A._____ war seit Dezember 2013 bei der D._____ AG als Rohstoffhändler angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Elips Versicherungen AG (nachfolgend: Elips) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Am 29. Januar 2016 stürzte er beim Skifahren und verletzte sich am Rücken (UV-act. 88). Die Elips anerkannte in der Folge ihre Leistungspflicht und richtete die gesetzlichen Leistungen aus. Mit Verfügung vom 9. August 2016 stellte die Unfallversicherung ihre Leistungen per 29. Juli 2016 mangels natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den noch geklagten Beschwerden ein (UV-act. 79). Hiergegen erhob A._____ am 22. August 2016 vorsorglich Einsprache (UV-act. 75), welche er schliesslich am 11. November 2016 wieder zurück zog (UV-act. 69).

Mit E-Mail vom 21. März 2017 meldete sich A._____ bei der Unfallversicherung und gab an, da er weiterhin an Rückenschmerzen leide, habe er weitere Untersuchungen machen lassen. Es habe sich herausgestellt, dass er einen gebrochenen Wirbel sowie eine defekte Bandscheibe habe (UV-act. 64 S. 1). Nach der Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. E._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 6. April 2017 (UV-act. 64 S. 2), lehnte die Elips am 13. April 2017 einen Rückfall ab, da die aktuellen Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Unfalles vom 29. Januar 2016 seien (UV-act. 62). Am 18. April 2017 wies sie zudem das Gesuch um Kostengutsprache für die Behandlung in der Klinik F._____ ab dem 10. April 2017 samt Operation ab (UV-act. 63 und 61). Bei diesem Eingriff kam es ferner zu erheblichen Komplikationen, welche eine Betreuung durch die Einrichtung G._____ notwendig machte. Nachdem der Versicherte gegen die Leistungsablehnung intervenierte (UV-act. 58), tätigte die Elips weitere medizinische Erhebungen. Insbesondere holte sie eine Aktenbeurteilung von Dr. E._____ und Dr. med. H._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leiter Wirbelsäulenchirurgie Klinik I._____, vom 29. Oktober 2017 (UV-act. 42) ein. Weitere Stellungnahmen derselben Ärzte ergingen am 31. Januar 2018 (UV-act. 37) und am 19. September 2018 (UV-act. 21). Schliesslich verfügte die Elips am 6. März 2019 die Einstellung der Versicherungsleistungen für die Brustwirbelkörper (BWK) 12-Fraktur per 29. Juli 2016 und die Verneinung der Leistungspflicht für die Folgen des operativen Eingriffs vom 11. April 2017, sprach indessen für die Folgen der BWK 12-Fraktur gleichzeitig eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 12,5 % zu (UV-act. 17). Die dagegen erhobene Einsprache (UV-act. 10) wies die Unfallversicherung mit Entscheid vom 20. September 2019 ab (UV-act. 4).

B. Beschwerdeweise liess A._____ beantragen, der Einspracheentscheid vom 20. September 2019 sei aufzuheben und die Elips sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 29. Januar 2016 bzw. die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des operativen Eingriffs vom 11. April 2017 auszurichten. Im Wesentlichen wurde geltend gemacht, dass es sich vorliegend nicht um einen Rückfall handle, sondern um eine prozessuale Revision, weshalb der Nachweis, dass die Unfallfolgen vollständig abgeheilt seien, durch die Beschwerdegegnerin zu erbringen sei. Zudem hätte sie nicht nur eine versicherungsinterne Beurteilung einholen dürfen, sondern ein externes Gutachten in Auftrag geben müssen. Sollte indessen tatsächlich per 29. Juli 2016 keine Unfallfolgen mehr vorgelegen haben, so wäre die Unfallversicherung dennoch aufgrund eines Accident médical leistungspflichtig (act. 1).

C. Die Elips schloss vernehmlassend auf Abweisung der Beschwerde. Sie stellt sich auf den Standpunkt, es habe sich um eine Rückfallmeldung gehandelt. Der Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den anhaltenden Beschwerden und dem Unfallereignis sei trotz der BWK 12-Fraktur nicht erbracht worden. Die versicherungsinternen Aktengutachten seien beweiswertig und es könne auf die darin gemachte Einschätzung abgestellt werden. Da die durchgeführte Operation nicht indiziert gewesen sei, liege eine blosse Fehlbehandlung vor, wofür sie nicht einzustehen habe (act. 6).

D. Mit Schreiben vom 29. April 2020 hat das Gericht nach Antrag des Beschwerdeführers bei der Beschwerdegegnerin Datenträger mit Röntgen- und MRI (Magnetic Resonance Imaging) -Bildern ediert (act. 12) und dem Versicherten zur Einsichtnahme zugestellt (act. 14).

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 17 und 21).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 20. September 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

1.2 Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 bzw. am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Entsprechend den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 29. Januar 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.3 Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Art. 83 ATSG sieht vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 23. Oktober 2019 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung [BGS 842.5]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG – Zuständigkeit am Wohnsitz der versicherten Person oder des

Beschwerde führenden Dritten zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung – gegeben, wohnt der Beschwerdeführer doch in J._____. Der angefochtene Einspracheentscheid datiert vom 20. September 2019 und wurde dem Rechtsvertreter am 23. September 2019 zugestellt (act. 1 S. 9). Die Beschwerdeschrift trägt das Datum des 23. Oktober 2019, wurde gleichentags der Post übergeben und ging am darauffolgenden Tag beim Verwaltungsgericht ein. Damit ist die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen verständlichen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3. Zunächst ist der Frage nachzugehen, ob es sich vorliegend um einen Rückfall nach Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) oder eine prozessuale Revision im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG handelt, da es beweisrechtlich ein erheblicher Unterschied ist, ob der Unfallversicherer seine Leistungen einstellt oder ob er bei einem Rückfall keine Leistungen erbringt. Während der Unfallversicherer bei der Leistungseinstellung dafür beweispflichtig ist, dass die von der versicherten Person geklagten Beschwerden nicht mehr unfallkausal sind, hat bei einem Rückfall respektive bei Spätfolgen die versicherte Person den entsprechenden Beweis zu erbringen (BGer 8C_424/2012 vom 29. November 2012 E. 5.2).

3.1

3.1.1 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 (BGE 144 V 245 E. 6.1). Rückfälle und Spätfolgen sind nicht als neuer Unfall zu behandeln, sondern schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (Urteil BGer 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.1.1).

3.1.2 Formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide müssen nach Art. 53 Abs. 1 ATSG in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Der Begriff "neue Tatsachen oder Beweismittel" ist bei der (prozessualen) Revision gleich auszulegen wie

bei der Revision eines kantonalen Gerichtsentscheids gemäss Art. 61 lit. i ATSG oder bei der Revision eines Bundesgerichtsurteils gemäss Art. 123 Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110; BGer 8C_148/2018 vom 6. Juli 2018 E. 5.1). Neu sind demnach Tatsachen, die sich vor Erlass der formell rechtskräftigen Verfügung oder des Einspracheentscheides verwirklicht haben, jedoch dem Revisionsgesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen erheblich sein, d.h. sie müssen geeignet sein, die tatbeständliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer anderen Entscheidung zu führen. Neue Beweismittel haben entweder dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber zum Nachteil des Gesuchstellers unbewiesen geblieben sind (BGer 8C_148/2018 vom 6. Juli 2018 E. 5.2).

3.2 Der Auffassung der Unfallversicherung, es handle sich lediglich um eine Rückfallmeldung (vgl. act. 6 Ziff. 32), kann nicht gefolgt werden. Dabei kann es nicht darauf ankommen, ob der Beschwerdeführer resp. seine Rechtsvertretung von einem Rückfall gesprochen haben. Es trifft zwar zu, dass im Schreiben der Rechtsschutzversicherung vom 17. Mai 2017 von einem Rückfall die Rede war (UV-act. 58 S. 1). Wie sich daraus ersehen lässt, war die Rechtsvertreterin aber noch gar nicht im Besitz sämtlicher relevanter Akten und hat lediglich die Aussagen des Versicherten wiedergegeben, welcher notabene ein juristischer Laie ist. Fraglich ist zudem, ob sie überhaupt noch berechtigt war, im Namen des Beschwerdeführers aufzutreten, was indessen nicht abschliessend beantwortet werden muss.

3.3 Entscheidend ist vielmehr, was der Unfallversicherung in Erinnerung zu rufen ist, dass sie dem Untersuchungsgrundsatz nach Art. 43 Abs. 1 ATSG unterliegt. Sie prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Ausserdem liegt es nicht im Ermessen der Unfallversicherung, wie dies etwa bei der Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG der Fall ist, ob sie den rechtskräftigen Entscheid nochmals überprüfen will. Sind die Voraussetzungen erfüllt, muss die rechtskräftig gewordene Verfügung in Revision gezogen werden (Art. 53 Abs. 1 ATSG). Es bedarf nicht einmal eines Gesuchs seitens der versicherten Person.

3.3.1 Ausführungen dazu, ob die Revisionsfrist eingehalten worden ist, erübrigen sich mit Blick auf das Datum des Berichts von Dr. med. K._____, FMH Neurochirurgie, vom 20. März 2017 (UV-act. 65) und dem E-Mail des Beschwerdeführers vom 21. März 2017 (UV-act. 64 S. 1).

3.3.2 Unbestrittenermassen handelt sich bei der von Dr. K._____ vorgefundenen BWK 12-Fraktur um eine neue Tatsache, welche schon vor Erlass der formell rechtskräftigen Verfügung vom 9. August 2016 (UV-act. 79) bestanden hat, indessen noch nicht entdeckt worden war. Der Neurochirurg konstatierte in seinem Bericht vom 20. März 2017 gestützt auf die am 16. März 2017 angefertigten MRT (Magnetresonanztomographie; vgl. UV-act. 65 S. 3–4) eine A.2-Fraktur mit Keildeformität Th12 und konsekutiver Streckfehlhaltung lumbal, eine Segmentsdegeneration bei axialer Mehrbelastung lumbosakral und eine breitbasige Bandscheibenprotrusion, polyradikulär irritierend (UV-act. 65). Dieser Umstand war dem Beschwerdeführer zuvor nicht bekannt, bildete das am 1. Februar 2016 angefertigte CT (Computertomographie; UV-act. 86 S. 1) und das MRT vom 4. März 2016 (UV-act. 86 S. 2) den betroffenen Wirbel offensichtlich nicht ab. Dies bestätigten auch Dr. E._____ und Dr. H._____ in deren Beurteilung vom 29. Oktober 2017 (vgl. statt vieler: UV-act. 42 S. 49 f.).

3.3.3 Die neue Tatsache ist auch als erheblich zu bezeichnen, da sie geeignet ist, die tatsächliche Grundlage der Verfügung dahingehend zu ändern, dass bei erneuter Befassung mit der Sache ein anderer Entscheid resultieren könnte. Der beratende Arzt Dr. med. L._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, setzte in seiner Einschätzung vom 28. Juli 2016 den Status quo sine vel ante sechs Monate nach dem Unfallereignis per 29. Juli 2016 fest mit der Begründung, es lägen keine objektivierbaren strukturellen Läsionen vor, die Kriterien einer traumatischen Diskushernie seien nicht erfüllt, eine richtungsweisende Verschlechterung bestehe nicht, lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung, weshalb anhand wissenschaftlicher Literatur für maximal sechs Monate eine Unfallkausalität anzuerkennen sei (UV-act. 81). Mit anderen Worten lagen ihm keine Anhaltspunkte für die Wirbelkörperverletzung vor. Mit den übrigen Befunden vermochte er die weiterhin geklagten Beschwerden nicht auf das Unfallereignis vom 29. Januar 2016 zurückzuführen. Der nun vorgefundene Gesundheitsschaden, welcher nach Auffassung der beratenden Ärzte Dr. E._____ und Dr. H._____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich unfallkausal ist (UV-act. 42 S. 50), könnte diese Beschwerden in einem neuen Licht erscheinen lassen und eine neue Beurteilung notwendig machen.

3.3.4 Somit ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision nach Art. 53 Abs. 1 ATSG erfüllt sind. Infolgedessen hätte die Unfallversicherung von Amtes wegen ihren Entscheid in Revision ziehen müssen. Jedenfalls bleibt sie für den Wegfall des Kausalzusammenhangs weiterhin beweispflichtig.

3.3.5 Im Übrigen verhält sich die Beschwerdegegnerin widersprüchlich, wenn sie sich auf den Standpunkt stellt, es handle sich vorliegend um einen Rückfall und einen solchen verneint, gleichzeitig aber wiedererwägungsweise eine Integritätsentschädigung für die BWK 12-Fraktur zuspricht. Damit impliziert sie selbst, dass die ursprüngliche Verfügung (offensichtlich) rechtsfehlerhaft war.

4. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss und die Leistungseinstellung zu Recht auch nach den neuen Erkenntnissen und Arztberichten auf den 29. Juli 2016 terminiert hat.

4.1

4.1.1 Die vom Unfallversicherer einmal anerkannte Leistungspflicht entfällt erst, wenn dieser nachweist, dass der Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so bezeichnet die Rechtsprechung dies als richtunggebende Verschlimmerung (BGer 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.1.2), womit die natürliche Kausalität als weiterhin gegeben betrachtet wird.

Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht 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 entsprechende Beweislast indessen – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGer 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre

kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (BGer 8C_523/2018 vom 5. November 2018 E. 3.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (BGer 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

4.1.2 Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

4.1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Beurteilungen der beratenden Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt ihnen indessen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so

sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen von beratenden Ärzten, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. BGE 137 V 210 E. 1.4; 135 V 465 E. 4.4).

4.2 Die Unfallversicherung stützte sich im angefochtenen Entscheid auf die Stellungnahmen ihrer beratenden Ärzte Dr. E._____ und Dr. H._____ vom 29. Oktober 2017 (UV-act. 42), vom 31. Januar 2018 (UV-act. 37) und vom 19. September 2018 (UV-act. 21) ab. Im Wesentlichen erklärten sie, dass die BWK 12-Fraktur überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 29. Januar 2016 zurückzuführen sei (UV-act. 42 S. 50). Das Erreichen des Endzustandes veranschlagten sie trotz der vorliegenden BWK 12-Fraktur weiterhin auf den 29. Juli 2016, da es sich beim Gesundheitsschaden um eine stabile Wirbelkörperimpressionsfraktur vom Typ A handle und ein solcher Bruch in der Regel ohne weitere Verschiebungen in wenigen Wochen bis Monaten knöchern fest werde und gemäss SVV-Reintegrationsleitfaden Unfall eine solche Verletzung bei einer geistigen Tätigkeit eine 2- bis 6-wöchige 100%ige Arbeitsunfähigkeit und sodann eine 1- bis 2-wöchige 50%ige Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehe (UV-act. 37 S. 3). Zur von Dr. K._____ durchgeführten Ballonkyphoplastie bemerkten die beiden Fachärzte, dass dafür keine Indikation gegeben gewesen sei. Die Indikation sei nicht leitliniengerecht gestellt worden. Es müsse sich um eine akute traumatische Wirbelsäulenfraktur handeln, möglichst weniger als sieben bis zehn Tage alt. Der lokale Kyphosewinkel, vor allem bei Wirbelkörperfrakturen der Klassifikation Magerl A1, müsse über 15° betragen. Der Schmerz, der vom gebrochenen Wirbelkörper ausgehe, müsse therapierefraktär gegen jegliche medizinische Behandlung sein. Es müsse zudem nachgewiesen sein, dass weiterhin eine Frakturlinie im Wirbelkörper bestehe. Vorliegend habe der Neurochirurg die Operation an einem über den Zeitraum von 13 ½ Monaten kyphotisch-defektverheilten Wirbelkörper mit Kyphosewinkel von lediglich ca. 11° vorgenommen (UV-act. 21 S. 3 sowie UV-act. 37 S. 6 f. und UV-act. 42 S. 50 f.).

4.3

4.3.1 Wie bereits erwähnt, kann auch auf versicherungsinterne ärztliche Feststellungen abgestellt werden (vgl. E. 4.1.3 hiervor). Zudem sind reine Aktengutachten beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche

Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (BGer 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E. 3). Die Aktenbeurteilungen von Dr. E._____ und Dr. H._____ vom 29. Oktober 2017 (UV-act. 42), vom 31. Januar 2018 (UV-act. 37) und vom 19. September 2018 (UV-act. 21) vermögen diesen Anforderungen vollauf zu genügen.

4.3.2 Vorliegend ist eine Aktenbeurteilung ausreichend. Der medizinische Sachverhalt ist hinreichend erstellt, liegen doch ausreichend Arztberichte und bildgebende Befunde vor. Eine ärztliche Befassung mit der versicherten Person ist nicht notwendig, geht es doch einzig darum zu beurteilen, in welchem Zeitpunkt der Status quo sine vel ante eingetreten ist und ob die am 11. April 2017 durchgeführte Operation lege artis erfolgt ist. Mithin bedarf es nur einer fachärztlichen Einschätzung, welche ohne Weiteres gestützt auf die Aktenlage erfolgen kann.

4.3.3 Im Weiteren sind die Stellungnahmen von Dr. E._____ und Dr. H._____ für die vorliegenden Belange umfassend, sprechen sie sich doch eingehend über das Erreichen des Endzustandes und über die Indikation der von Dr. K._____ vorgenommenen Operation aus. Sie ergingen in Kenntnis sämtlicher relevanter Vorakten. In ihrer Beurteilung vom 29. Oktober 2017 (UV-act. 42) listeten die beratenden Ärzte unterteilt in drei verschiedene Zeitperioden alle Arztberichte auf und ergänzten diese – soweit notwendig – mit Bemerkungen. Insbesondere diskutierten sie auch die bildgebenden Befunde. Ihre Beurteilung leuchtet sodann ein. Ihre Auffassung untermauerten sie mit Verweisen auf einschlägige Fachliteratur und sie begründeten nachvollziehbar, weshalb sie zu ihrer Einschätzung gelangten. Dabei diskutierten sie auch anderslautende Ansichten. Insgesamt erscheint die Beurteilung der beiden Fachärzte als in sich schlüssig, ausreichend begründet und nachvollziehbar, weshalb von beweiskräftigen Aktenbeurteilungen auszugehen ist.

4.4 Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, ist nicht stichhaltig:

4.4.1 Zunächst macht er geltend, die beiden beratenden Ärzte Dr. L._____ und Dr. E._____ seien persönlich miteinander verbunden. Doktor E._____ sei bei der M._____ GmbH als Gesellschafter mit Einzelunterschrift eingetragen. Am 8. April 2008 sei er aus dieser Gesellschaft ausgetreten und an seiner Stelle sei Dr. L._____ eingetreten. Am 23. Januar 2017 sei Dr. L._____ wieder ausgeschieden und an seiner

Stelle Dr. E._____ wieder eingetreten. Es sei offensichtlich, dass das eine Mitglied der Gesellschaft als beratender Arzt figuriere, um dann dem anderen Mitglied bzw. der Gesellschaft einen Gutachtensauftrag zu verschaffen (act. 1 Ziff. 10).

4.4.1.1 Es mag zutreffen, dass sowohl Dr. L._____ wie auch Dr. E._____ nacheinander als Gesellschafter der M._____ GmbH eingetragen waren bzw. sind. Indessen kann daraus jedoch noch nicht auf die Unverwertbarkeit der ärztlichen Stellungnahmen geschlossen werden. Insbesondere ist dadurch nicht ersichtlich, dass eine Befangenheit oder wirtschaftliche Abhängigkeit bestehen würde. Diesem Umstand ist allerdings insofern Rechnung zu tragen, als es sich um beratende Ärzte handelt, welche den versicherungsinternen Ärzten gleichzustellen und demnach strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen sind. Mithin genügen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen (BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2). Weiteres kann der Beschwerdeführer daraus nicht zu seinen Gunsten ableiten. Dies auch deshalb, weil die beiden Fachärzte Dr. E._____ und Dr. H._____ nicht unbesehen auf die Beurteilung von Dr. L._____ abstellen, sondern ihre Einschätzung selbst begründen und dazu auf einschlägige Fachliteratur verweisen (vgl. UV-act. 42 S. 2 ff.).

4.4.1.2 Unbehelflich ist hierbei auch der Einwand, bei Dr. E._____ handle es sich um einen Internisten, eine internistische Erkrankung sei beim Beschwerdeführer allerdings nicht ansatzweise zu erkennen. Dies mag korrekt sein, schmälert den Beweiswert der Aktenbeurteilungen allerdings nicht, zumal mit Dr. H._____ ein Facharzt der Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates die Stellungnahmen mitunterzeichnet hat und sich mithin ebenfalls verantwortlich dafür zeigt.

4.4.2 Der Beschwerdeführer rügt im Weiteren, er sei von den beratenden Ärzten nie gesehen worden, weshalb nicht von allseitigen Untersuchungen gesprochen werden könne. Es sei daher auch nicht möglich gewesen darüber zu befinden, ob die nach dem Unfallereignis vom 29. Januar 2016 durchwegs vorhanden gewesenen Beschwerden in Bezug auf das Schmerzniveau und den Schmerzcharakter auf das seit 2009, 2010 und 2012 rezidivierend aufgetretene Niveau zurückgegangen sei (act. 1 Ziff. 22).

4.4.2.1 Da es sich vorliegend um eine Aktenbeurteilung handelt, bedurfte es vorgängig auch keiner Untersuchung des Versicherten. Die Aktenlage ist ausreichend und es liegen genügend Berichte und bildgebende Befunde vor. Es ist weder ersichtlich noch dargetan,

was Dr. E._____ und Dr. H._____ übersehen oder nicht beurteilt hätten. Der Beschwerdeführer macht nichts dergleichen geltend.

4.4.2.2 Soweit er sich darauf beruft, es sei nicht möglich gewesen, die nach dem Unfall bestehenden Schmerzen korrekt einzustufen, ist ihm der Bericht von Dr. K._____ vom 20. März 2017 (UV-act. 23 S. 85 f.) an den Vater des Beschwerdeführers entgegen zu halten. Darin hielt der Neurochirurg fest, es bestehe eine bereits länger zurückreichende Rückenanamnese. Der Patient berichte seit Jahren schon über schubweise auftretende, zum Teil beträchtliche, vorab lumbovertebrale Probleme, welche auch schon zur Selbst-Hospitalisation in N._____ geführt hätten. Der Patient berichte einen Skiunfall im Januar 2016 mit einer damals kurzfristigen Verschlechterung der Situation, in Folge dann aber wieder die alte Schmerzproblematik. Anlässlich der Untersuchung vom 3. März 2017 habe er über zwei bis drei Mal jährlich auftretende akute Schmerzschübe mit lokalen Blockaden berichtet, welche aktuell gut kompensiert seien. Es bestünden etwas Restschmerzen im Bereich der distalen Lendenwirbelsäule (LWS), ausstrahlend übers Gesäss beidseits in Richtung dorsaler Oberschenkel, nicht weiter distal. Hust- und Niessmanöver verstärkten die Beschwerden nicht. Momentan liege kein auslösbares Schmerzproblem vor. Darauf wiesen auch Dr. E._____ und Dr. H._____ hin. Sie hielten fest, der anamnestisch erhobene Schmerzverlauf, vor allem der Rückgang auf das Schmerzniveau vor dem rubrizierten Unfall, weise darauf hin, dass die Wirbelkörperfraktur BWK 12 bei keilförmiger Defektverheilung überwiegend wahrscheinlich keine richtunggebende Verschlimmerung hinsichtlich der deutlich darunter lokalisierten Bandscheibenherniation L5/S1 verursacht habe (UV-act. 42 S. 36). Ferner bemerkten die Ärzte, die vom Versicherten anfangs 2017 geklagten Schmerzen seien nicht sicher auf die defektverheilte kyphotische Fraktur BWK 12 zurückzuführen gewesen. Vielmehr hätten die Rückenschmerzen in Bezug auf Schmerzniveau und Schmerzcharakter dem entsprochen, was seit 2009/2010/2012 rezidivierend vorgekommen sei, was auch Dr. K._____ in seinem Bericht vom 20. März 2017 bestätigt habe (UV-act. 42 S. 50). Sie stützten sich also auf die Angaben von Dr. K._____, der diese wiederum direkt vom Beschwerdeführer hatte. Es ist nicht anzunehmen, dass der Neurochirurg falsche Angaben in seinem Bericht gemacht hätte. Dergleichen wird vom Versicherten weder geltend gemacht noch dargetan. Mithin handelte es sich bei dieser Feststellung von Dr. E._____ und Dr. H._____ nicht nur um eine Mutmassung, sondern um Fakten.

4.4.2.3 In ihrer Stellungnahme vom 31. Januar 2018 legten Dr. E._____ und Dr. H._____ sodann dar, der Versicherte habe im März 2017 den Neurochirurgen Dr.

K._____ aufgesucht. Unter Verweis auf dessen Bericht vom 20. März 2017 und dessen Wiedergabe folgerten sie, das Beschwerdebild des Versicherten habe also den lumbovertebrogenen bzw. lumboischialgieformen Beschwerden, welche bereits seit 2009 rezidivierend aufgetreten seien, entsprochen. Diese seien es gewesen, die den Versicherten gemäss Bericht von Dr. K._____ zum Neurochirurgen geführt hätten. Anlass für die Untersuchung vom 3. März 2017 seien nämlich zwei bis drei Mal jährlich auftretende akute Schmerzschübe mit lokaler Blockade gewesen. Die Situation sei zum Zeitpunkt der Untersuchung am 3. März 2017 gemäss Bericht vom 20. März 2017 gut kompensiert gewesen. Diese Angaben von Dr. K._____ sprächen überwiegend wahrscheinlich gegen einen kausalen Zusammenhang der Beschwerden, die im März 2017 zur neurochirurgischen Behandlung führten, mit dem überwiegend wahrscheinlich bereits im Juli 2016 defektverheilten Wirbelkörper BWK 12 (UV-act. 37 S. 4 f.).

4.4.2.4 Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer am 22. Januar 2017 erneut beim Skifahren gestürzt ist und sich dabei an der Schulter verletzt hat (vgl. Bericht von Dr. med. O._____, FMH Orthopädische Chirurgie vom 23. Januar 2017 [UV-act. 23 S. 90 f.]). Dazu bemerkten die beiden Ärzte, der Versicherte sei nach der langwierigen Behandlung seiner lumbalen Beschwerden augenscheinlich abermals in der Lage gewesen, Ski zu fahren. Auch spreche dies gegen eine fortdauernde starke Beeinträchtigung durch lumbale Schmerzen. Überwiegend wahrscheinlich sei freilich, dass die seit 2009 immer wieder auftretenden lumbalen Beschwerden abermals aufgetreten seien. Dies sei späteren Berichten zu entnehmen (UV-act. 42 S. 32).

4.4.3 Im Weiteren moniert der Beschwerdeführer, Dr. K._____ habe die Fraktur des BWK 12 operativ angehen wollen, damit die Beschwerden beseitigt werden könnten. Er habe also einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und der Folge des Unfalles vom 29. Januar 2016 gesehen, ansonsten die Operation nicht in einer Ballonkyphoplastie Th 12 bestanden hätte. Der Neurochirurg habe offensichtlich jene Fraktur zumindest als Teilursache der geklagten Beschwerden lokalisiert. Deshalb dürfe nicht einzig auf die versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden (act. 1 Ziff. 22).

4.4.3.1 Zunächst kann auch hierzu auf das in Erwägung 4.4.2.2 und 4.4.2.3 Gesagte verwiesen werden. Die beiden Fachärzte legten nachvollziehbar dar, weshalb im Zeitpunkt der Untersuchung im März 2017 das Unfallereignis vom 29. Januar 2016 keine Beschwerden mehr verursachte. Insbesondere gab Dr. K._____ selber an, der Versicherte sei aufgrund zwei bis drei Mal jährlich auftretenden Schmerzschüben vorstellig

geworden. In demselben Bericht vom 20. März 2017 hielt der behandelnde Arzt auch fest, nach dem Unfallereignis vom 29. Januar 2016 sei es kurzzeitig zu einer Beschwerdeverstärkung gekommen, in der Folge habe dann aber wieder die alte Schmerzproblematik vorgeherrscht. Für ihre Annahme haben Dr. E._____ und Dr. H._____ mithin gewichtige Punkte genannt, welche deren Einschätzung als schlüssig erscheinen lassen.

4.4.3.2 In Würdigung der vorliegenden Arztberichte und Befunde erklärten Dr. E._____ und Dr. H._____, die vom Radiologen Dr. med. P._____, Facharzt Radiologie, am 16. März 2017 (UV-act. 23 S. 87) beschriebene alte keilförmig verheilte Wirbelsäulenfraktur könne bestätigt werden. Es sei keine Signalanhebung zu sehen, welche allenfalls eine vorhandene Aktivität, die für eine noch nicht ausgeheilte Fraktur gesprochen hätte, belegt hätte. Diese Wirbelkörperfraktur sei demzufolge zum Zeitpunkt der MRI-Untersuchung in Form einer kyphotischen Deformität ausgeheilt gewesen. Besagte kyphotische Fehlstellung von BWK 12 betrage 11°, was funktionell ohne Weiteres von den benachbarten Segmenten kompensiert werde. Es sei deshalb davon auszugehen, dass die keilförmige Wirbelkörperfraktur keine richtunggebende Verschlimmerung in Bezug auf die sehr viel weiter unten gelegene Diskushernie zwischen L5 und S1 darstelle. Notabene habe sich hinsichtlich der Diskushernie L5/S1 gegenüber den Bildern von 2012 und der CT-Untersuchung von 2016 keine Veränderung ergeben. Von einer Segmentdegeneration im Bereich L5/S1, welche eine mögliche Indikation für eine Operation dortselbst dargestellt hätte, könne keine Rede sein. Der Nachweis einer noch vorhandenen Bewegung in der abgeheilten Fraktur BWK 12 fehle gänzlich. Die bei Vermutung einer Non-Union gebotene Funktionsaufnahme im Liegen mit Hypomochlion sei nicht durchgeführt worden. Dies hätte allenfalls eine fortbestehende Fraktur zeigen können. Eine Non-Union sei jedoch unwahrscheinlich (UV-act. 42 S. 33 f.). In ihrer Stellungnahme vom 19. September 2018 führten Dr. E._____ und Dr. H._____ aus, Dr. K._____ habe seine Indikation zur Operation mit einer Streckfehlhaltung der LWS begründet. In der Regel komme es aber bei einer kyphotischen Fehlverheilung eines gebrochenen Brustwirbelkörpers am thorakolumbalen Übergang zu einer kompensatorischen lumbalen Hyperlordose und allenfalls zu einer Streckhaltung der BWS. Somit sei diese Rechtfertigung der OP-Indikation sicher nicht nachvollziehbar. Zudem zeige die Rechtfertigung der Operation mit der Behauptung, es habe sich erst aufgrund der kyphotischen Defektverheilung des zwölften Brustwirbels eine lumbosakrale Diskopathie entwickelt, eine offensichtliche Unkenntnis der Anamnese bzw. der Akten. Denn die Diskushernie L5/S1 sei beim Versicherten bereits seit der MRI-Untersuchung

vom 26. Oktober 2012 bei Dr. med. Q._____, Facharzt Radiologie (vgl. UV-act. 42 S. 5 sowie die Analyse der bildgebenden Befunde auf S. 44) bekannt gewesen. Erste lumbalgieforme Beschwerden habe es zudem bereits nach einem Snowboardsturz am 26. Dezember 2009 gegeben. Es sei somit offensichtlich falsch anzunehmen, dass der defektverheilte zwölfte Brustwirbelkörper für die lumbosakrale Diskopathie verantwortlich gewesen sei, denn diese sei ja auf eine zum rubrizierten Unfall unfallfremde Diskopathie zurückzuführen, die erstmals im Februar 2012 diagnostiziert worden sei (UV-act. 21 S. 3).

4.4.3.3 Die beiden beratenden Ärzte zeigten somit nachvollziehbar auf, dass die vom Versicherten im März 2017 geklagten Beschwerden nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen sind und demnach die Operation auch nicht Folge des Unfalles vom 29. Januar 2016 war. Vielmehr rührten die Schmerzen von der Diskopathie her, welche allerdings schon vorbestehend war und sich auch durch den Sturz beim Skifahren nicht richtungsgebend verschlimmert hat. Damit haben sie die Angaben von Dr. K._____ zweifelsfrei widerlegt.

4.4.4 Soweit der Beschwerdeführer sich darauf beruft, den beratenden Ärzten sei das für die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs erforderliche Beweismass nicht geläufig gewesen (act. 1 Ziff. 23), kann er nichts zu seinen Gunsten ableiten. Wohl haben sie erklärt, die vom Versicherten anfangs 2017 geklagten Schmerzen seien nicht sicher auf die defektverheilte kyphotische Fraktur BWK 12 zurückzuführen gewesen (UV-act. 42 S. 50). Allerdings hielten sie andernorts unmissverständlich fest, die Angaben von Dr. K._____ im Bericht vom 20. März 2017 sprächen überwiegend wahrscheinlich gegen einen kausalen Zusammenhang der Beschwerden, die im März 2017 zur neurochirurgischen Behandlung geführt hätten mit dem überwiegend wahrscheinlich bereits im Juli 2016 defektverheilten Wirbelkörper BWK 12. Ebenfalls führten sie aus, es sei zu schliessen, dass die im März 2017 gegenüber Dr. K._____ geltend gemachten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Spätfolgen des rubrizierten Unfalles seien, sondern ein Wiederaufleben der bereits seit 2009 und 2012 wiederholt auftretenden lumbovertebralen bzw. lumboischialgieformen Beschwerden darstellten (UV-act. 37 S. 4 f.). Es bestehen somit keine Zweifel an den Aussagen von Dr. E._____ und Dr. H._____.

4.4.5 Der Beschwerdeführer beanstandet, er sei von den beratenden Ärzten vorgängig zu den jeweiligen Aktenbeurteilungen nicht begrüsst worden, was seinen Gehörsanspruch verletze (act. 17 Ziff. 7 [Ad Rz. 18 und 19]).

4.4.5.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des 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. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 135 I 279 E. 2.3).

Im Zusammenhang mit Expertengutachten beinhaltet das rechtliche Gehör insbesondere das Recht, Kenntnis vom Inhalt des Gutachtens zu nehmen und dem Experten ergänzende Fragen zu stellen, wobei Verwaltung oder Gericht von der Beantwortung der Ergänzungsfragen durch den Experten absehen können, wenn davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (BGer 8C_738/2014 vom 15. Januar 2015 E. 6.3).

4.4.5.2 Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Aktenbeurteilungen nicht um ein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG handelt, weshalb die diesbezüglichen Mitwirkungsrechte nicht zur Anwendung gelangen.

Im Übrigen bringt der Beschwerdeführer zu Recht nicht vor, er hätte auch nach Erstellen der Aktenbeurteilungen keine Gelegenheit gehabt, sich dazu zu äussern. Ausweislich der Akten hatte er vor Erlass der Verfügung Kenntnis dieser Dokumente (vgl. etwa UV-act. 18). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist nicht zu erblicken.

4.4.6 Der Versicherte beanstandet sodann, es sei nicht nachvollziehbar, dass die Folgen des Unfallereignisses unabhängig davon, ob nun eine Wirbelfraktur stattgefunden habe oder nicht, in jedem Fall am 29. Juli 2016 ihre Unfallkausalität hätten verloren haben sollen. Die Stellungnahme vom 31. Januar 2018 verschweige, dass die Wirbelfraktur während mehr als einem Jahr nicht erkannt worden sei und demgemäss auch keine entsprechende Behandlung habe stattfinden können. Die zitierte Literatur gehe aber immer davon aus, dass eine den tatsächlichen Verhältnissen entsprechende Therapie

stattfinden könne, was jedoch voraussetze, dass die Fraktur erkannt worden sei. Doktor K._____ sei von einer A2-Fraktur auf der Höhe Th 12, also einer Schrägfraktur mit entsprechender Nachsinterung und einer wahrscheinlichen lumbosakralen Diskopathie, welche durch eine konsekutive Streckfehlhaltung ausgelöst worden sei, ausgegangen. Er habe auch dafür gehalten, dass aufgrund radiologischer Hinweise auf eine residuelle Instabilität mit deutlich verändertem Deckplattenimpressionswinkel im Übersichtsröntgen eine Stabilisation von Th 12 zu diskutieren gewesen sei. Diese Betrachtungsweise kontrastiere enorm mit jener der beratenden Ärzte (act. 17 Ziff. 7 [Ad Rz. 18 und 19]).

4.4.6.1 Die beiden beratenden Ärzte Dr. E._____ und Dr. H._____ begründeten nachvollziehbar, weshalb trotz des Vorliegens einer Fraktur des BWK 12 der Endzustand per 29. Juli 2016 erreicht worden war. In ihrer Beurteilung vom 31. Januar 2018 erklärten sie, der Beschwerdeführer habe überwiegend wahrscheinlich eine stabile Wirbelkörperimpressionsfraktur vom Typ A mit betroffener Vorderkante der oberen Deckplatte erlitten. Dies passe ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zur Defektverheilung als Keilwirbel. Die Heilungsdauer sei bei einem solchen Wirbelbruch davon abhängig, wie schwer die Verletzung sei. Ein stabiler Wirbelbruch werde in der Regel in Wochen bis Monaten wieder knöchern fest, ohne sich weiter zu verschieben. Notabene habe der Versicherte nach dem rubrizierten Ereignis keine neurologischen Defizite aufgewiesen, die sich auf Nervenwurzeln hätten beziehen können, die in der Nähe des frakturierten zwölften Brustwirbels gelegen seien. Unter Verweis auf die orthopädische Fachliteratur von Dr. med. A. Debrunner legten sie dar, solange die dorsalen Wirbelabschnitte (Wirbelbogen und kleine Gelenke) und der Bandapparat intakt geblieben und durch die Spongiosa des Wirbelkörpers axial gestaucht worden seien, sei die Fraktur stabil. Sie verschiebe sich sekundär nicht mehr und die Wirbelsäule bleibe tragfähig. Solche Brüche würden in der Regel ohne weitere Verschiebungen in wenigen Wochen bis Monaten knöchern fest. Die meisten Wirbelbrüche seien solche Kompressionsfrakturen und könnten funktionell durch sofortige Mobilisation behandelt werden. Im Weiteren bezogen sie sich auf den SVV-Reintegrationsleitfaden Unfall, wonach bei einer Wirbelkörperfraktur im mittleren bis schweren Bereich, wie beim Beschwerdeführer gegeben, für eine geistige Tätigkeit eine zwei- bis sechswöchige 100%ige Arbeitsunfähigkeit und sodann eine ein- bis zweiwöchige 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Beim Versicherten sei die Fraktur stabil gewesen und habe keine neurologischen Defizite sui generis ausgelöst. Korrekterweise sei im Jahr 2016 nur eine konservative Behandlung erfolgt. Zur Keilwirbelbildung komme es Debrunner zufolge üblicherweise innert Wochen bis wenigen Monaten nach der Wirbelkörperfraktur. Das stimme auch mit

der Feststellung von Dr. L._____ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2016 überein, wonach die Unfallkausalität für maximal sechs Monate anzuerkennen sei, dies obschon er seinerzeit noch nichts von der Wirbelkörperfraktur BWK 12 habe wissen können (UV-act. 37 S. 3 f.). Im Weiteren kann auch darauf verwiesen werden, dass selbst Dr. K._____ in seinem Bericht vom 20. März 2017 nur von einer kurzzeitigen Verschlechterung mit anschliessenden Schmerzen auf vorbestehendem Niveau gesprochen hat.

4.4.6.2 Ferner sind den Akten keinerlei Hinweise zu entnehmen, dass sich beim Beschwerdeführer ein schwieriger Heilungsverlauf eingestellt hätte. Wohl klagte er nach dem Unfallereignis vom 29. Januar 2016 über Kopfschmerzen, welche er denn auch im Spital R._____ abklären liess (UV-act. 83). Solche werden nun aber weder berichtet noch weiterhin geltend gemacht. Therapeutisch wurde der Versicherte gemäss Bericht vom 27. Juni 2016 mit Analgesie, Infiltrationen und einer ambulanten Physiotherapie behandelt (UV-act. 84). Daneben hielt Dr. K._____ in seinem Bericht vom 20. März 2017 nach durchgeführter Anamnese fest, nach dem Skiunfall am 29. Januar 2016 sei eine kurzfristige Verschlechterung der Situation eingetreten, in der Folge sei aber wieder die alte Schmerzproblematik vorhanden gewesen (UV-act. 65 S. 1 f.). Dabei handelte es sich um schubweise auftretende lumbovertebrale Schmerzen. Es ist daher nicht erkennbar, weshalb die Einschätzung der beratenden Ärzte hinsichtlich des Endzustandes, welche sie im Übrigen unter Hinweis auf die einschlägige Fachliteratur und die vorhandenen Befunde sowie Arztberichte abstützten, falsch sein soll.

4.4.6.3 Soweit der Beschwerdeführer sich darauf beruft, Dr. K._____ habe eine residuelle Instabilität festgestellt, ist ihm entgegen zu halten, dass der Neurochirurg initial in seinem Bericht vom 20. März 2017 noch nichts dergleichen erwähnte (UV-act. 65 S. 1 f.). Erst in seinem Bericht vom 12. April 2017, notabene erst im Nachgang an die missglückte Operation, sprach er von radiologischen Hinweisen auf eine residuelle Instabilität (UV-act. 59 S. 7). In seinem Schreiben vom 23. April 2018 erklärte Dr. K._____, er habe im Rahmen der präoperativen Abklärung eine residuelle Instabilität im frakturierten Wirbelkörper vermutet, welche er anhand des Stellungsverhaltens Th 12 im Übersichtsbild im Stehen versus MRI-Bild im Liegen festgestellt habe (UV-act. 28).

Hierzu erklärten Dr. E._____ und Dr. H._____, auf dem Bildmaterial gebe es keine Hinweise auf eine residuelle Instabilität im Bereich BWK 12. Man sehe vielmehr einen

vollständig durchbauten, kyphotisch deformierten Wirbelkörper mit einem Kyphosewinkel von etwa 11° (UV-act. 42 S. 40). Bezugnehmend auf das am 16. März 2017 angefertigte Röntgenbild hielten sie fest, der Nachweis einer noch vorhandenen Bewegung der Fraktur fehle gänzlich. Es sei überdies keine korrekte Funktionsaufnahme mit einem Hypomochlion im Liegen gemacht worden, welche allenfalls eine fortbestehende Fraktur hätte zeigen können (UV-act. 48 S. 48). Dazu passen auch die Ausführungen von Dr. K._____ in dessen Bericht vom 20. März 2017, worin er schrieb, angesichts der nicht mehr frischen Fraktur bleibe die Frage offen, wie viel von der Keildeformität zurückkorrigiert werden könne (UV-act. 65 S. 2). Die Einschätzung der beiden beratenden Ärzte wird in keiner Weise auch nur ansatzweise in Zweifel gezogen, insbesondere nicht mit gegenteiligen bildgebenden Befunden.

Auch die Aussage von Dr. K._____, durch die Operation habe der defekte Wirbelkörper Th 12 etwas aufgerichtet werden können, was eigentlich die präoperative Diagnose der residuellen Instabilität im Bereich Th 12 erkläre (Bf-act. 3 S. 2), ist nicht glaubhaft. Unter Verweis auf den Radiologiebericht vom 11. April 2017 (UV-act. 59 S. 10) stellten Dr. E._____ und Dr. H._____ schon in ihrer ersten Beurteilung vom 29. Oktober 2017 klar, dieser Radiologiebericht belege, dass die vom Operateur behauptete Kyphosekorrektur misslungen sei (UV-act. 42 S. 39). Denn darin wird von einer identischen Konfiguration des Wirbelkörpers im Vergleich zum MRI vom 16. März 2017 gesprochen.

4.4.7 Der Beschwerdeführer beruft sich auch auf die Aussage von Dr. K._____, wonach eine A2-Fraktur auf der Höhe von Th 12 mit entsprechender Nachsinterung und einer wahrscheinlichen lumbosakralen Diskopathie vorliege, welche durch eine konsekutive Streckfehlhaltung ausgelöst worden sei (act. 17 Ziff. 7).

Zu dieser Aussage im Bericht vom 23. April 2018 (UV-act. 28) bemerkten Dr. E._____ und Dr. H._____, die Rechtfertigung zur Operation mit der Behauptung, es habe sich erst aufgrund der kyphotischen Defektverheilung des zwölften Brustwirbels eine lumbosakrale Diskopathie entwickelt, zeige eine offensichtliche Unkenntnis der Anamnese bzw. der Akten. Denn die Diskushernie L5/S1 sei beim Versicherten bereits seit der MRI-Untersuchung vom 26. Oktober 2012 bei Dr. Q._____ (UV-act. 42 S. 5) bekannt gewesen. Erste lumbalgieforme Beschwerden habe es zudem bereits nach einem Snowboardsturz am 26. Dezember 2009 gegeben. Es sei somit offensichtlich falsch anzunehmen, dass der defektverheilte zwölfte BWK für die lumbosakrale Diskopathie

verantwortlich gewesen sei, denn diese sei ja auf eine zum rubrizierten Unfall unfallfremde Diskushernie zurückzuführen gewesen, die erstmals im Februar 2012 diagnostiziert worden sei (UV-act. 21 S. 3). Auch schon in ihrer Stellungnahme vom 29. Oktober 2017 führten die beiden beratenden Ärzte aus, die Angaben von Dr. K._____ in dessen Überweisungsschreiben vom 12. April 2017 zur Auslösung der lumbosakralen Diskopathie seien nicht nachvollziehbar, weil besagte Diskopathie L5/S1 bereits seit der Bildgebung vom 7. Februar 2012 bekannt gewesen sei (UV-act. 42 S.40).

4.4.8 Nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Beschwerdeführer aus dem Kauf von Arzneimitteln (act. 17 Ziff. 11). Auch wenn er nach dem 4. Juni 2016 noch Schmerzmittel benötigte, so ist damit bezüglich Gesundheitsschaden nichts belegt. Weshalb er Analgetika brauchte, geht aus den Abrechnungen in keiner Weise hervor.

4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass hinsichtlich der Leistungseinstellung vollumfänglich auf die Stellungnahmen von Dr. E._____ und Dr. H._____ abgestellt werden kann. Sie konnten anhand bildgebender Befunde sowie unter Verweis auf einschlägige Fachliteratur nachvollziehbar und schlüssig ihre Einschätzung darlegen. Der Beschwerdeführer vermag unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. K._____ keine auch nur geringen Zweifel daran zu erwecken. Die beiden beratenden Ärzte konnten die Aussagen von Dr. K._____ klar widerlegen. Es muss vielmehr davon ausgegangen werden, dass sich Dr. K._____ aufgrund seines Fehlers zu verteidigen versuchte, was entsprechend bei der Beweiswürdigung zusätzlich zu berücksichtigen ist.

5. Der Beschwerdeführer macht ferner geltend, nach Auffassung von Dr. K._____ sei die Operation vom 11. April 2017 zur Verbesserung der sich im Anschluss an das Unfallereignis vom 29. Januar 2016 eingestellten BWK 12-Fraktur erfolgt. Die Operation stelle sich somit als Heilbehandlung von Unfallfolgen dar. Sei davon auszugehen, dass die Operation zur namhaften Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes gedient hätte und sei die Operation diesfalls als eine unfallbedingte Heilbehandlung anzusehen, habe die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen auch für Schädigungen zu erbringen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt würden. Die Leistungspflicht sei daher gegeben (act. 1 Ziff. 24 und 25). Sollte das Gericht indessen davon ausgehen, dass die Operation vom 11. April 2017 mangels Vorliegen auch bloss teilkausaler Unfallfolgen zu jenem Zeitpunkt nicht mehr als Heilbehandlung der Folgen des Unfalles vom 29. Januar 2016 anzusehen sei und demgemäss eine Leistungspflicht des UVG-Versicherers gestützt auf Art. 6 Abs. 3 UVG entfalle, sei zu

prüfen, ob es sich bei der Operation durch Dr. K._____ um einen "accident médical" handle, was ebenfalls die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nach sich ziehe (act. 1 Ziff. 27).

5.1 Zunächst ist somit die Frage zu beantworten, ob die am 11. April 2017 durchgeführte Operation im Rahmen der Heilbehandlung zu erblicken ist, infolgedessen die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 6 Abs. 3 UVG leistungspflichtig wäre.

Hierzu kann auf das vorstehend Gesagte verwiesen werden. Wie sich gezeigt hat, wurden die Leistungen zu Recht per 29. Juli 2016 mangels natürlichen und adäquat kausalen Unfallfolgen eingestellt. Die Operation vom 11. April 2017 diente sodann nicht mehr der Heilbehandlung der unfallbedingten Folgen, weshalb eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 6 Abs. 3 UVG entfällt.

5.2 Letztlich ist zu prüfen, ob die Unfallversicherung leistungspflichtig ist, weil der ärztliche Eingriff vom 11. April 2017 den Unfallbegriff erfüllt.

5.2.1 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist der äussere Faktor ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist (BGE 142 V 219 E. 4.3.1). Dies gilt auch, wenn zu beurteilen ist, ob ein ärztlicher Eingriff den gesetzlichen Unfallbegriff erfüllt (BGE 118 V 283 E. 2b). Es ist indessen nach der Praxis mit dem Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit streng zu nehmen, wenn eine medizinische Massnahme in Frage steht (BGE 121 V 35 E. 1b; 118 V 283 E. 2b). Die Vornahme des medizinischen Eingriffs muss unter den jeweils gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweichen und zudem, objektiv betrachtet, entsprechend grosse Risiken in sich schliessen. Im Rahmen einer Krankheitsbehandlung, für welche der Unfallversicherer nicht leistungspflichtig ist, kann ein Behandlungsfehler ausnahmsweise den Unfallbegriff erfüllen, wenn es sich um grobe und ausserordentliche Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar um absichtliche Schädigungen handelt, mit denen niemand rechnet noch zu rechnen braucht. Ob ein Unfall im Sinne des obligatorischen Unfallversicherungsrechts vorliegt, beurteilt sich unabhängig davon, ob der beteiligte Mediziner einen Kunstfehler begangen hat, der eine (zivil- oder öffentlich-rechtliche) Haftung begründet. Ebenso wenig besteht eine Bindung an eine allfällige strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Verhaltens (zum Ganzen: BGer 8C_813/2017 vom 6. Juni 2018 E. 3.1).

Damit eine medizinische Massnahme als ungewöhnlicher äusserer Faktor qualifiziert werden kann, muss praxisgemäss ihre Vornahme unter den gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweichen. Entscheidend ist mithin, ob der Eingriff als solcher das Begriffsmerkmal der Aussergewöhnlichkeit erfüllt. Dagegen kommt der Indikation (dem "Angezeigtsein") in diesem Zusammenhang weder für sich allein noch im Verein mit anderen Umständen (wie ärztliche Fehlleistungen bei der Durchführung der Massnahme) irgendwelche Bedeutung zu. Bei der Indikation handelt es sich nicht um einen äusseren Faktor, sondern lediglich um den – auf vorgängigen ärztlichen Abklärungen und Erkenntnissen beruhenden – Grund, im Einzelfall ein bestimmtes diagnostisches oder therapeutisches Verfahren zur Anwendung zu bringen. Erweist sich die Indikation für einen im Rahmen der Krankheitsbehandlung erfolgten Eingriff im Nachhinein als falsch, liegt eine blosse Fehlbehandlung vor. Hierfür hat der Unfallversicherer nicht aufzukommen, es sei denn, die (nicht indizierte) Vorkehr selber überschreite die Schwelle der Aussergewöhnlichkeit (BGE 118 V 283 E. 3b).

5.2.2 Zur Operation hielten die beratenden Ärzte Dr. E._____ und Dr. H._____ fest, Dr. K._____ sei laut seinem Bericht vom 20. März 2017 ebenfalls der Meinung gewesen, die Fraktur BWK 12 sei nicht mehr frisch. So stelle sich die Frage, weshalb eine Ballonkyphoplastie vorgeschlagen worden sei (UV-act. 42 S. 37). In Bezug auf den Operationsbericht vom 12. April 2017 (UV-act. 59 S. 9) bemerkten die beiden Ärzte, die vom Operateur geltend gemachte Korrektur sei in der Bildgebung nicht ersichtlich. Es handle sich folglich um eine suggestive Feststellung, die nicht den Tatsachen entspreche. Auch in der Folge werde immer wieder von einer gelungenen Korrektur gesprochen, welche nicht stattgefunden habe. Was die Lage des Zements betreffe, seien keine intraoperativen abgespeicherte Bilder vorhanden, welche die Behauptung des Operateurs stützen würden. Wäre radiologisch tatsächlich in mehr als einer Ebene kontrolliert worden, hätte man sehen müssen, dass Zement in den Spinalkanal ausgetreten sei und, nicht wie behauptet, lediglich seitlich des Pedikels. Die Darstellung der Tatsachen hinsichtlich ausgetretener Zementmenge sei verharmlosend. Die Menge des ausgetretenen Zements sei nämlich im Verhältnis zum Durchmesser des Spinalkanals alles andere als klein (UV-act. 42 S. 38). Zum Überweisungsschreiben vom 12. April 2017 (UV-act. 59 S. 7–8) erklärten Dr. E._____ und Dr. H._____, entgegen den Angaben gebe es auf dem Bildmaterial keine Hinweise auf eine residuelle Instabilität im Bereich BWK 12. Man sehe vielmehr einen vollständig durchbauten, kyphotisch deformierten Wirbelkörper mit einem Kyphosewinkel von etwa 11°. Die ärztliche Indikation für eine Ballonkyphoplastie folge

klaren Vorgaben. Vorliegen müssten persistierende Schmerzen, welche sicher auf die Fraktur zurückzuführen seien. Die Keildeformität sollte grösser als 15° sein. In der Regel werde die OP-Indikation bei einer Deformität von mehr als 15° gestellt. Bei einer geringeren lokalen Deformität würde allenfalls eine durch mehrere Faktoren bedingte Kompromittierung der sagittalen Balance eine OP-Indikation darstellen. Ferner sollte eine ausgebliebene Heilung der Fraktur, d.h. eine verzögerte Heilung der Fraktur bzw. eine sogenannte Non-union vorliegen. Im Fall des Versicherten seien alle drei Bedingungen vor der OP-Indikationsstellung zur Ballonkyphoplastie nicht erfüllt gewesen (UV-act. 42 S. 40 f.). Schliesslich hielten die Ärzte fest, die vom Versicherten Anfangs 2017 beklagten Schmerzen seien nicht sicher auf die defektverheilte kyphotische Fraktur BWK 12 zurückzuführen gewesen. Vielmehr hätten die Rückenschmerzen in Bezug auf Schmerzniveau und Schmerzcharakter dem entsprochen, was seit 2009/2010/2012 rezidivierend vorgekommen sei, was auch Dr. K._____ bestätigt habe. Darum sei davon auszugehen, dass der defektverheilte Wirbelkörper BWK 12 nicht die Ursache der Beschwerden von Anfang 2017 gewesen sei. Zudem sei zu konstatieren, dass die durchgeführte Ballonkyphoplastie nur bei einer ausgebliebenen Heilung der Fraktur und bei Entstehen einer Keildeformität des betroffenen BWK über 15° sowie bei persistierenden Schmerzen, welche sicher auf die Fraktur zurückzuführen gewesen wären, indiziert gewesen wäre. Keiner dieser Bedingungen sei erfüllt gewesen. Deshalb könne die Indikation zur Ballonkyphoplastie-Operation nicht nachvollzogen werden. Darum stelle sich auch die Frage, ob der durchgeführte operative Eingriff vom 11. April 2017 medizinisch indiziert und zweckmässig gewesen sei. Ob dem Versicherten tatsächlich die risikoärmste und gleichzeitig erfolgsversprechendste Therapiealternative angeboten worden sei, sei nicht ersichtlich. Überdies sollte hinsichtlich der technischen Durchführung des operativen Eingriffs an der Wirbelsäule eine Prüfung der Sorgfalt erfolgen (UV-act. 42 S. 50 f.).

In ihrer zweiten Stellungnahme vom 31. Januar 2018 führten Dr. E._____ und Dr. H._____ aus, die Kyphoplastie sei ein minimalinvasives perkutanes Verfahren. Hierbei würden gebrochene oder brüchige Wirbel mittels Knochenzement wieder aufgebaut. Somit würden die betroffenen instabilen Wirbelkörper stabilisiert. Zur Indikation solcher Operationen bei Schmerzen, erheblicher Kyphose und neurologischen Ausfällen schreibe der Lehrbuchautor Debrunner: "Mit der Operation soll diese (Kyphose) aufgerichtet werden. In einem relativ grossen Prozentsatz ist aber mit Rezidiven zu rechnen, indem durch erneutes Zusammensintern der Wirbelkörper sich die Kyphose wieder einstellt. Kyphose und Schmerzen korrelieren wenig. Tatsächlich werden auch erhebliche

Kyphosen erstaunlich gut toleriert und sind oft mit voller Arbeits- und Leistungsfähigkeit vereinbar, so dass die Aufrichtung einer posttraumatischen Kyphose keine absolute Indikation zur Operation stellt. (…). Bei Patienten ohne primäre neurologische Beteiligung ist das Auftreten von solchen kaum zu befürchten, so dass die prophylaktische Wirkung der Operation ihre Risiken kaum aufwiegt." Die Ärzte führten weiter aus, diese Operationsmethode dürfe bei einem stabil mit Keilwirbelbildung mit einer Kyphose von 11° verheilten gebrochenen Wirbelkörper gar nicht angewendet werden. Im Weiteren erklärten sie die Methode. Zu Beginn der Operation werde eine Kanüle auf der Höhe des betroffenen Wirbels in die Haut platziert. Dabei werde durch diesen Arbeitskanal eine Hohlnadel in einen porösen Wirbel platziert. Sodann werde das Knochenzement injiziert. Dieser Knochenzement härte schnell aus und der gebrochene Wirbel sei wieder aufgebaut und werde in seiner Form gehalten. Die Kyphoplastie führe nicht nur zu einer Stabilisierung des betroffenen gebrochenen und brüchigen Wirbelkörpers, sondern auch zu einer Stabilisierung der gesamten Wirbelsäule. Mögliche Komplikationen und Risiken der Kyphoplastie seien Folgende: Eingebrachter Zement könne aus dem betroffenen Wirbel austreten und in benachbartes Gewebe fliessen oder streuen. Dadurch könnten Nervenfasern gereizt werden. Es könnten sogar kleine Mengen vom Knochenzement in die Blutbahnen gelangen. Falls solcher Knochenzement über das Blut bis in die Lungen gelange, könne es zu einer Embolie kommen. Der benutzte Knochenzement sei verhältnismässig dickflüssig und könne aufgrund des vorbereiteten Hohlraumes mit wenig Druck in einen brüchigen Wirbelkörper – wohlgemerkt: nicht in einen kyphotisch verheilten stabilen Wirbelkörper – eingebracht werden. Hierdurch minimiere sich die Wahrscheinlichkeit, dass das Material überhaupt austrete. Es werde in der Regel ein sogenannter Biozement verwendet, welcher gut verträglich sei für den Körper. Der Hauptbestandteil sei Hydroxylapatit, ein Kalziumphosphatsalz mit sehr hohem Härtegrad, welches natürlicherweise auch im Knochen vorkomme. Als Standardrisiko gelte der Austritt von wenig Zement in die Umgebung. Dies passiere aber sehr selten, da der Zement dickflüssig sei und eben nur mit geringem Druck in den vorbereiteten Hohlraum eingefüllt werde. Der Eingriff werde unter Röntgenkontrolle durchgeführt, sodass er jederzeit abgebrochen werden könne. Allein eine führende deutsche Universitätsklinik (Universitätsklinik Heidelberg) habe dies bei ca. 15 % der behandelten Patienten gesehen. Derlei geringe Zementaustritte verursachten jedoch keinerlei Beschwerden und seien darum klinisch ohne Bedeutung. Ein massiver Zementaustritt gehöre freilich nicht zu den üblichen Risiken. Im Falle des Versicherten sei der massive Zementaustritt wahrscheinlich Folge des ärztlichen Versuchs, den Zement in einen nicht brüchigen, stabilen defektverheilten Keilwirbel unter Druck einzufüllen. Der Knochenzement lasse sich freilich

nur in brüchige poröse Wirbel hineindrücken. Wäre der Eingriff indiziert gewesen – was er freilich nicht gewesen sei – hätte es dem inhärenten Risiko eines solchen Eingriffs entsprochen, wenn nur eine geringe, klinisch nicht relevante Menge Zement in benachbarte Strukturen eingeflossen wären. Der massive Zementausfluss in den Spinalkanal des Versicherten sei Folge der falsch gestellten Indikation zur Ballonkyphoplastie, wobei dann nämlich versucht worden sei, in eine stabil, mit kyphotischem Defekt verheilte, harte Knochenmasse unnötigerweise Zement einzufüllen, was – dass sollte auch für medizinische Laien einleuchtend sein – habe misslingen müssen. Es hätte einer Ungeschicklichkeit des Operateurs entsprochen, wenn zum Beispiel die Hohlnadel zur Ausfüllung mit Biozement aus dem Arbeitskanal bei einem brüchigen Wirbel ausgebrochen wäre und es dadurch zu einem massiven rückwärtigen Zementausfluss in den Spinalkanal gekommen wäre. Da jedoch versucht worden sei, eine Zementinjektion in einen stabilen harten Knochen zu pressen, sei keine Ungeschicklichkeit erkennbar. Vielmehr sei der Eingriff selbst schon in der Planung falsch gewesen. Die Indikation dazu sei nicht gegeben gewesen (UV-act. 37 S. 6 f.).

Am 19. September 2018 hielten Dr. E._____ und Dr. H._____ fest, dass Dr. K._____ seine Indikation zur Operation mit einer Streckfehlhaltung der LWS begründet habe. In der Regel komme es aber bei einer kyphotischen Fehlverheilung eines gebrochenen Brustwirbelkörpers am thorakolumbalen Übergang zu einer kompensatorischen lumbalen Hyperlordose und allenfalls zu einer Streckhaltung der BWS. Somit sei diese Rechtfertigung der OP-Indikation sicher nicht nachvollziehbar. Zudem zeige die Rechtfertigung der Operation mit der Behauptung, es habe sich erst aufgrund der kyphotischen Defektverheilung des zwölften Brustwirbels eine lumbosakrale Diskopathie entwickelt, eine offensichtliche Unkenntnis der Anamnese bzw. der Akten. Denn die Diskushernie L5/S1 sei beim Versicherten bereits seit der MRI-Untersuchung vom 26. Oktober 2012 bei Dr. Q._____ bekannt gewesen. Erste lumbalgieforme Beschwerden habe es zudem bereits nach einem Snowboardsturz am 26. Dezember 2009 gegeben. Es sei somit offensichtlich falsch anzunehmen gewesen, dass der defektverheilte zwölfte Brustwirbelkörper für die lumbosakrale Diskopathie verantwortlich gewesen sei, denn diese sei ja auf eine zum rubrizierten Unfall unfallfremde Diskushernie zurückzuführen gewesen, die erstmals im Februar 2012 diagnostiziert worden sei. Die Indikation zur Ballonkyphoplastie sei nicht leitliniengerecht gestellt worden. Die Leitlinien seien zuletzt am 19. Januar 2017 in der Fachzeitschrift für kardiovaskuläre interventionelle Radiologie veröffentlicht worden. Als Indikation werde in den Leitlinien konstatiert, dass es sich um eine akute traumatische Wirbelsäulenfraktur handeln sollte, möglichst weniger als

sieben bis zehn Tage alt. Der lokale Kyphosewinkel, vor allem bei Wirbelkörperfrakturen der Klassifikation Magerl A1, müsse über 15° betragen. Der Schmerz, der von dem gebrochenen Wirbelkörper ausgehe, müsse therapierefraktär gegen jegliche medizinische Behandlung sein. Es müsse zudem nachgewiesen werden, dass weiterhin eine Frakturlinie im Wirbelkörper bestehe. Indessen sei diese Behandlungsleitlinie vom Neurochirurgen nicht beachtet worden. Stattdessen habe er einen Eingriff, der bestenfalls für eine akute, instabile Fraktur geeignet sein könne, an einem über einen Zeitraum von 13 ½ Monaten kyphotisch defektverheilten Wirbelkörper mit einem Kyphosewinkel von lediglich ca. 11° durchgeführt. Über die Aufklärung des Versicherten, welche der behandelnde Neurochirurg skizziert habe, sei man erstaunt. Das Auslaufen von Zement in den Spinalkanal sei durchaus eine erwartbare Komplikation. Neurologische Komplikationen seien zwar bei kleineren Mengen selten, jedoch bei grösseren Mengen von Zementextravasat häufig (UV-act. 21 S. 3 f.).

5.2.3 Die beratenden Ärzte haben nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass die Indikation für die am 11. April 2017 durchgeführte Ballonkyphoplastie nicht gegeben war. Unter Verweis auf einschlägige Fachliteratur benannten sie die hierfür geltenden Leitlinien. Von den genannten Kriterien (frische Fraktur resp. Vorliegen einer Non-union, Kyphosewinkel von mindestens 15°, therapierefraktäre Schmerzen) war keines erfüllt. Gegenteiliges geht denn auch aus den Schreiben und Stellungnahmen von Dr. K._____ nicht hervor.

Nichts daran zu ändern vermag der Umstand, wonach Dr. K._____ aufgrund einer anderen Sachlage eine Operationsindikation gesehen habe. Er gab an, es sei im 2016 ein Skiunfall mit einer A2-Fraktur Th 12 mit segmentaler Kyphose und konsekutiver Streckfehlhaltung der ganzen LWS vorgefallen. Entsprechend habe sich wohl statisch bedingt eine lumbosakrale Diskopathie entwickelt, welche intermittierend für die anhaltenden Beschwerden des Patienten verantwortlich sei. Grundidee der Behandlung der chronischen lumbovertebralen Probleme sei gewesen, die segmentale Stellungskorrektur relordosieren, was in ausgewählten Fällen chirurgisch offen über eine Wedge-Dekompression stattfinden könne. Er habe im Rahmen der präoperativen Abklärung eine residuelle Instabilität im frakturierten Wirbelkörper vermutet. Damit habe sich, vor allem im Hinblick auf eine allfällige offene thorakolumbale Stellungskorrektur, eine minimal invasive alternative Behandlungsoption eröffnet (UV-act. 28). Die Aussage des Neurochirurgen wurde durch die beratenden Ärzte nachvollziehbar widerlegt, was insbesondere für dessen Herleitung des lumbosakralen Diskopathie anbelangt. Ebenfalls

erklärten sie schlüssig, dass auf den entsprechenden Bildbefunden keinerlei Hinweise für eine residuelle Instabilität erkennbar sind, ebenso wenig eine Frakturlinie. Vielmehr liege ein vollständig durchbauter und verheilter Wirbelkörper vor.

5.2.4 Insgesamt liegen somit keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die am 11. April 2017 durchgeführte Ballonkyphoplastie tatsächlich indiziert gewesen wäre. Davon scheint offenbar auch der Beschwerdeführer auszugehen (vgl. act. 1 Ziff. 30). Stellt sich die Indikation im Nachhinein als falsch heraus, so liegt eine Fehlbehandlung vor, wofür die Unfallversicherung nicht einzustehen hat (vgl. E. 5.2.1).

5.2.5 Lediglich sofern die (nicht indizierte) medizinische Vorkehr ihrerseits die Schwelle der Aussergewöhnlichkeit überschreitet, ist die Unfallversicherung leistungspflichtig (vgl. E. 5.2.1).

5.2.5.1 Der Beschwerdeführer stellt sich hierbei auf den Standpunkt, dass die eingetretene Komplikation des Zementaustritts in das Myelon mit konsekutiver inkompletter Paraplegie nicht bloss auf die nicht gegebene Indikation, sondern auch auf die angewandte Operationstechnik und die durchgeführte Art der Operation zurückzuführen sei. Dabei handle es sich um eine vom medizinisch Üblichen ganz erhebliche Abweichung, welche als in hohem Masse ungewöhnlich zu bezeichnen sei und mit welcher niemand, mithin auch er nicht, gerechnet habe und auch nicht habe rechnen müssen (act. 1 Ziff. 30). Die durchgeführte Operation bzw. das dabei eingetretene Ereignis sei als Unfall im Rechtssinn zu betrachten. Der massive Zementaustritt in das Myelon stelle einen ungewöhnlichen Faktor dar bei einem minimalinvasiven Verfahren (act. 1 Ziff. 31). Die Unfallversicherung habe auch nicht abgeklärt, mit welcher Wahrscheinlichkeit die hier vorgenommenen Fehlleistungen eintreten könnten. Die eingetretenen Konsequenzen seien als völlig unwahrscheinlich zu betrachten. Das Element der Ungewöhnlichkeit sei daher offensichtlich erfüllt und das Vorgehen des Operateurs sei als grober Behandlungsfehler zu werten, habe er doch eine nicht indizierte Operation in einer nicht zu vertretenden Art und Weise durchgeführt. Hinzu komme eine ungenügende Aufklärung, da die Art und Weise der Erklärung nicht mit der durchgeführten Operation übereingestimmt habe. Ebenso wenig gehe aus der Operationsinformation hervor, dass der Operateur über die möglichen Risiken aufgeklärt hätte (act. 1 Ziff. 32). Die Indikation sei nicht alleine massgebend. Die technische Durchführung sei ebenfalls in hohem Masse fehlerhaft gewesen und sei in ganz erheblicher Weise vom medizinisch Üblichen abgewichen. Dies nicht nur, weil ein massiver Zementaustritt erfolgt sei, sondern auch weil

der Zementaustritt nicht in die Umgebung, sondern in den Spinalkanal erfolgt sei. Dies stelle eine Ungewöhnlichkeit dar (act. 1 Ziff. 33). Im Operationsbericht werde von einem harten, schon sklerosierten Befund gesprochen. Die Kyphoplastie-Ballone hätten sich daher nur mit höchstem Druck (30 bar, normal sei ein Druck von 7 bis 24 bar) aufblasen lassen. Dabei sei noch etwas forciert worden, worauf beide Ballone undicht geworden seien und hätten ersetzt werden müssen. Aus dem postoperativ angefertigten CT sei ersichtlich, dass der Kanal der Arbeitskanüle links nicht nur durch den Pedikel verlaufe, sondern den Spinalkanal deutlich anschneide, also nicht lege artis positioniert worden sei. So sei ein Austritt von Zement in den Spinalkanal erst möglich gewesen. Zudem würden sich die beiden Bohrkanäle der Arbeitskanülen im Wirbelkörper überschneiden. Der Winkel dazwischen sei zu gross. All das belege den groben Behandlungsfehler (act. 1 Ziff. 35).

5.2.5.2 Dem Beschwerdeführer kann hierbei nicht gefolgt werden. Obschon der massive Zementaustritt ungewöhnlich ist, so ist dies der falsch gestellten Indikation geschuldet. Wie Dr. E._____ und Dr. H._____ dargelegt haben, darf eine Ballonkyphoplastie nur bei frischen Frakturen, nicht aber bei bereits verheilten und mithin sklerosierten Knochenbrüchen durchgeführt werden. Dies erklärt ohne Weiteres, dass der Knochenzement mit mehr Druck als üblich in den Hohlraum gepresst werden musste und die Korrektur gar etwas forciert wurde. Da sich der Knochen zudem aufgrund der Ausheilung auch nicht mehr aufrichten konnte – die beratenden Ärzte zeigten schlüssig auf, dass keinerlei Korrektur erreicht werden konnte und keine residuelle Instabilität vorgelegen hat –, trat der Zement in den Spinalkanal aus. Dies passierte nur, weil die Indikation für diese Operationstechnik nicht gegeben war, weshalb es sich um eine Fehlbehandlung handelt. Dass die technische Durchführung an sich ebenfalls die Schwelle zur Ungewöhnlichkeit überschritten hätte, kann den Akten nicht entnommen werden. Jedenfalls erwähnten die beratenden Ärzte mit keinem Wort weitere grobe Behandlungsfehler seitens des Operateurs. Einzig die nicht vorliegende Indikation wurde bemängelt. Soweit der Beschwerdeführer einen falschen Kanalverlauf, eine Überschneidung der Bohrkanäle sowie einen zu grossen Winkel dazwischen als Behandlungsfehler ins Feld führt, kann ihm nicht gefolgt werden. Dergleichen geht aus dem von ihm angerufenen CT-Bericht vom 11. April 2017 (Bf-act. 5) nicht hervor. Auch den weiteren Akten können keine solche Hinweise entnommen werden. Ein grober Behandlungsfehler ausserhalb der falsch gestellten Indikation ist nicht ersichtlich, weshalb im Ergebnis keine Leistungspflicht durch die Unfallversicherung gegeben ist.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht per 29. Juli 2016 eingestellt hat. Ferner ist sie für die Komplikationen anlässlich der Operation vom 11. April 2017 nicht leistungspflichtig. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich demnach als unbegründet und ist abzuweisen.

7. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos und eine Parteientschädigung ist – bei vollständigem Unterliegen – nicht zuzusprechen (vgl. Art. 61 lit. a und lit. g ATSG). Dem obsiegenden Sozialversicherer ist in Übereinstimmung mit Art. 61 lit. g ATSG – welcher nur für die obsiegende Beschwerde führende Partei eine Entschädigung vorsieht – keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Kosten erhoben.

3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.

5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin (im Doppel) sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 26. April 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am