SO_GERICHTE VSBES.2020.71 vom 3. Mai 2021

SO Obergericht, 2021-05-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.71_d20210503

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.71 du 3 mai 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.71 del 3 maggio 2021

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.___ (fortan: Beschwerdeführer), geb. [...], war bei der B.___ AG (fortan: Arbeitgeberin) als Aussendienstleiter angestellt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (fortan: Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 3. Januar 2016 zog er sich bei einem Sturz eine Fraktur des Lendenwirbelkörpers L1 zu (Akten der Beschwerdegegnerin / Suva-Nrn. 1 + 5). Die Beschwerdegegnerin erbrachte die gesetzlichen Leistungen in Form von Taggeld und Heilbehandlung (Suva-Nr. 2 f.), bis der Beschwerdeführer ab 13. Juni 2016 wieder voll arbeitsfähig war und die Behandlung per 8. September 2016 abgeschlossen wurde (Suva-Nr. 41 f.). 1.2 Der Beschwerdeführer meldete am 7. Februar 2017 einen Rückfall (Suva-Nr. 43), worauf die Beschwerdegegnerin wiederum die Heilbehandlung übernahm (Suva-Nr. 55). Sie schloss den Fall am 15. Mai 2017 ab, nachdem keine Behandlung mehr erforderlich war (Suva-Nr. 64). 1.3 Am 8. April 2019 meldete der Beschwerdeführer erneut einen Rückfall (Suva-Nr. 67). Die Beschwerdegegnerin verneinte in der Folge mit Verfügung vom 7. August 2019 einen Anspruch auf Versicherungsleistungen, da zwischen dem Unfall vom 3. Januar 2016 und den aktuell geklagten Beschwerden kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang bestehe (Suva-Nr. 122). Die dagegen erhobene Einsprache (Suva-Nr. 123) wurde mit Entscheid vom 6. März 2020 abgewiesen (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 1.2

hiervor), sozusagen schmerzfrei war (E. II. 3.4.5 hiervor), wobei der Effekt der Behandlung auch noch einige Monate später anhielt (E. II. 3.6.2 f. hiervor). Dies heisst, dass dem Lumbovertebralsyndrom bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine nennenswerte Bedeutung zukommen kann, was mit der Einschätzung der Kreisärztinnen und der RAD-Ärztin korrespondiert. Ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und / oder eine Integritätsentschädigung lässt sich folglich mit den unfallkausalen Restbeschwerden nicht begründen.

E. 2

a) Es sei eine gerichtliche Begutachtung den Fall des [Beschwerdeführers] betreffend durchzuführen, dies unter Berücksichtigung der Röntgenaufnahmen vom 15. Januar 2020 und des Berichts der [Klinik] C.___ vom 6. März 2020. b) Eventualiter: Die Rechtsstreitsache sei zur Erstellung eines fachärztlichen Gutachtens, zur weiteren Abklärung und zum Neuentscheid an die Unfallversicherung zurückzuweisen, wobei dem

[Beschwerdeführer] während der Abklärungszeit erneut die versicherten Unfallleistungen (Taggelder, Heilungskosten etc.) nach Massgabe einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % zuzüglich eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten ist. c) Subeventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer und Versicherten ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von mindestens 10 % und eines unfallbedingten Integritätsschadens von mindestens 5 % zuzüglich eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.

E. 2.1

2.1.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der Beweis der Gesundheitsschädigung und des natürlichen Kausalzusammenhangs wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt, d.h. mit den Berichten der behandelnden Ärzte und allenfalls einem Gutachten (Irene Hofer in: Basler Kommentar zum UVG, Art. 6 N 6). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (s. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). 2.1.2 Die Unfallversicherung gewährt auch für Rückfälle und Spätfolgen Leistungen (Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung / UVV; SR 832.202), wobei der Versicherer des erstmaligen Unfallereignisses zuständig ist (Kaspar Gehring in: Ueli Kieser / Kaspar Gehring / Susanne Bollinger [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 6 UVG N 25). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Gesundheitsschädigung, so dass eine ärztliche Heilbehandlung notwendig wird und es möglicherweise zu einer (weiteren) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen (Hofer, a.a.O., Art. 6 N 117; Gehring, a.a.O., Art. 6 N 26 f.). Die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen setzt eine nachträgliche Änderung der anspruchsrelevanten Verhältnisse voraus (Thomas

Flückiger in: Basler Kommentar zum UVG, Art. 22 N 44). Rückfälle und Spätfolgen schliessen an ein bestehendes Unfallereignis an. Der damalige Unfallversicherer ist nur dann leistungspflichtig, wenn zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem Rückfall resp. der Spätfolge ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann von der im Grundfall anerkannten natürlichen Kausalität nicht ohne weiteres auf einen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Rückfall geschlossen werden. Der Beweis für den Bestand des natürlichen Kausalzusammenhangs obliegt der versicherten Person, d.h. bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu deren Lasten aus (Hofer, a.a.O., Art. 6 N 117; André Nabold in: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht – UVG, Bern 2018, Art. 6 N 90; Gehring, a.a.O., Art. 6 N 28). 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 (Gehring, a.a.O., Art. 6 N 28). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2). 2.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1). 2.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten 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 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch 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 (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 3.

E. 3

Januar 2016 gemäss den damaligen radiologischen Befunden eine Deckplattenimpressionsfraktur des Wirbels L1 mit stationären Höhenverhältnissen zu. Es liessen sich weder eine Verlagerung der Hinterkante noch eine spinale Stenose, ein Bandscheibenprolaps oder eine signifikante Protrusion feststellen (Suva-Nrn.

E. 3.1

3.1.1 Der Beschwerdeführer zog sich am

E. 3.2

3.2.1 Was die zweite Rückfallmeldung vom

E. 3.4

3.4.1 Der Bericht des [Spitals] M.___ vom 18. September 2019 (Suva-Nr. 127 S. 6 ff.) diagnostizierte eine proximal betonte Myopathie unklarer Aetiologie sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und eine posttraumatische Gonarthrose rechts. Laut dem Beschwerdeführer hätten nach dem Unfall hätten lediglich massive Schmerzen, aber keine motorischen Ausfälle bestanden. Die vorliegende Schwäche im linken Bein sei erstmals in der anschliessenden Rehabilitation im Frühjahr 2016 aufgefallen. Neben der schleichend progredienten linksbetonten Paraparese der Beine, welche seit drei Jahren bestehe, imponiere auch eine linksbetonte Schwäche insbesondere der Oberarmmuskulatur mit Atrophien. Am ehesten handle es sich um einen muskeldystrophischen Prozess.

3.4.2 Der Bericht des [Spitals] M.___ vom

E. 3.4.4

hiervor). Die Wirbelfraktur vom 3. Januar 2016, welche nur örtlich begrenzte Beschwerden bewirkte, ist mit anderen Worten nicht geeignet, das Auftreten neuartiger, ausgedehnterer Beschwerden im Jahr 2018 zu erklären. Deshalb spielt es auch keine Rolle, dass die Beschwerdegegnerin beim ersten Rückfall die Heilbehandlung übernommen hatte, denn damals ging es nicht um das heute streitige Beschwerdebild, sondern darum, dass die Schmerzen, wie sie bereits beim Grundfall bestanden hatten, wieder aufgeflammt waren (E. II. 3.1.2 hiervor). Hinzu kommt, dass die Muskeldegeneration im Verlauf nicht einfach nur an den Beinen fortschritt. Sie dehnte sich vielmehr auf Muskelgruppen aus, die oberhalb der Fraktur L1 liegen. Da die Nerven, welche die Wirbelsäule auf der Höhe des Wirbelkörpers L1 verlassen, keine höher gelegenen Körperbereiche versorgen (s. dazu https://de.wikipedia.org/wiki/Plexus_lumbosacralis sowie https://flexikon.doccheck.com/de/Plexus_lumbalis, zuletzt aufgerufen am 3. Mai 2021), leuchtet es ohne weiteres ein, dass eine Muskeldegeneration, welche Muskelgruppen oberhalb von L1 mitumfasst, nicht mit der fraglichen Fraktur in Verbindung gebracht werden kann.

E. 3.6

3.6.1 Dr. med. N.___ hielt im Bericht vom 29. September 2020 (IV-Nr. I/42) fest, seit ca. 2017 bestehe eine linksbetonte Schwäche, vor allem der Oberarmmuskulatur, daneben eine schleichend progrediente und linksbetonte Paraparese der Beine. Syndromal sei von einer Muskelerkrankung auszugehen. Es bestehe eine Myopathie unklarer Ätiologie, ausserdem eine Claudicatio intermittens und eine posttraumatische Gonarthrose rechts.

3.6.2 Dipl. med. L.___ erklärte im Bericht vom 3. Oktober 2020 (IV-Nr. I/40), er könne den Beginn der Symptome nicht angeben, da der Beschwerdeführer damals noch von Dr. med. G.___ behandelt worden sei. Es bestünden Schmerzen im lumbalen Bereich sowie am Gesäss links bei Status nach Unfall mit Vertebroplastie L1. Der Beschwerdeführer leide immer noch unter einer ausgeprägten Kraftverminderung. Initial habe auch das Lumbovertebralsyndrom die Arbeitsfähigkeit beeinflusst. Allenfalls sei ein Teil der Symptome auf den Unfall zurückzuführen, er könne dies jedoch nicht beurteilen.

3.6.3 Gemäss Bericht des [Spitals] M.___ vom 9. Oktober 2020 (IV-Nr. I/44) gab der Beschwerdeführer an, während der Rehabilitation nach der Operation sei eine Schwäche im linken Bein aufgefallen, welche progredient verlaufen sei. Die Arbeitsfähigkeit werde eingeschränkt durch die proximal betonte Myopathie sowie das ■ nach dem Aufenthalt in der [Klinik] C.___ aber deutlich gebesserte ■ chronische Lumbovertebralsyndrom, welches u.a. im Rahmen des Status nach L1-Fraktur zu sehen sei. Die posttraumatische Gonarthrose rechts wirke sich nicht aus.

3.6.4 Dipl. med. F.___ erklärte im Bericht vom 18. November 2020 (BB-Nr. 9), gemäss der molekularen Untersuchung vom 5. November 2020 liege im COL6A1-Gen eine Sequenzveränderung vor, welche als krankheitsverursachend einzustufen sei. Sie sei verantwortlich für die klinische Symptomatik (progrediente Schwäche der proximalen Muskulatur, HyperCKämie, beidseitige Atrophie der Unterschenkelmuskulatur, fettige Degenerationen der Psoasmuskulatur und anderer Muskeln, etc.) und mit der Diagnose einer Bethlem-Myopathie vereinbar. Dabei handle es sich um eine seltene angeborene Muskelerkrankung.

3.6.5 Die Berichte des [Spitals] M.___ vom 26. und 30. November 2020 (Akten der IV-Stelle Solothurn / IV-Akten Nr. II/4) bestätigten die Diagnose einer Bethlem-Myopathie und hielten fest, es handle sich um eine rein die Skelettmuskulatur betreffende Erkrankung. Ausserdem wurde der posttraumatischen Gonarthrose rechts ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Laut dem Beschwerdeführer habe nach dem Unfall keine Schwäche der Beine bestanden, sondern nur massive Schmerzen; während der Rehabilitationsmassnahme nach der Operation sei indes eine im Verlauf progrediente Schwäche im linken Bein aufgefallen.

3.6.6 Dr. med. P.___, Fachärztin Neurologie FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 25. Februar 2021 (IV-Nr. II/13) dafür, der Beschwerdeführer sei wegen der Myopathie seit dem 6. Dezember 2018 sowohl in der bisherigen als auch einer anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, denn er leide unter zunehmender Muskelschwäche, verminderter Steh- und Gehausdauer etc. Das chronische Lumbovertebralsyndrom und die posttraumatische Gonarthrose links hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In der Folge stellte die IV dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 7. April 2021 (BB-Nr. 18) in Aussicht, dass er ab 1. Dezember 2019 eine ganze IV-Rente erhalten werde, wobei sie davon ausging, dass die einjährige Wartezeit und damit die Arbeitsunfähigkeit am 6. Dezember 2018 begonnen hatten.

E. 3.7

3.7.1 Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 3. Januar 2016 und den neuen Beschwerden im Rahmen des zweiten Rückfalls verneint. Sie stützte sich dabei im Einspracheentscheid und der vorhergehenden Verfügung auf die Stellungnahme der Kreisärztin med. pract. D.___ vom 2. August 2019 (E. II. 3.3 hiervor), welche auf den damals vorliegenden Akten beruhte. Diese Stellungnahme wird durch die im Beschwerdeverfahren beigebrachte Beurteilung vom 9. Juni 2020 (E. II. 3.5 hiervor), welche die Kreisärztinnen D.___ und E.___ gemeinsam verfasst haben, bestätigt. Der Beschwerdeführer zweifelt die Echtheit dieser beiden Schriftstücke an, da eine eigenhändige Unterschrift jeweils fehle. Dem ist zu entgegnen, dass für kreisärztliche Stellungnahmen dasselbe gelten muss wie für externe Gutachten, welche nicht zwingend eigenhändig unterzeichnet werden müssen, sondern auch eine elektronische Signatur tragen können (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_424/2018 vom 18. Oktober 2018 E. 3.3.6). Es genügt daher, dass med. pract. D.___ und Dr. med. E.___ die Stellungnahmen elektronisch visiert haben, um von deren Authentizität auszugehen. Dies muss umso mehr gelten, als keine gegenteiligen Anhaltspunkte ersichtlich sind (s. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen UV 2012/76 vom 7. August 2013 E. 3.1); der blosse Verdacht des Beschwerdeführers, die Stellungnahmen vom 2. August 2019 und 9. Juni 2020 stammten nicht von den Kreisärztinnen, genügt mangels weiterer Indizien nicht, um ihnen die Beweistauglichkeit abzusprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_424/2018 vom 18. Oktober 2018 E. 3.3.7). Abklärungen zur Echtheit der elektronischen Signatur erübrigen sich daher.

E. 3.7.2.1

Die neue kreisärztliche Beurteilung vom 9. Juni 2020 geniesst vollen Beweiswert. Sie beruht auf den Akten der Beschwerdegegnerin, welche den medizinischen Sachverhalt umfassend dokumentieren und einen lückenlosen, von den behandelnden Ärzten erhobenen Befund nebst den erforderlichen Angaben zur Vorgeschichte enthalten. Eine reine Aktenbeurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist daher zulässig (Urteile des Bundesgerichts 8C_608/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 5.2 und 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1). Die Kreisärztinnen berücksichtigen auch die nach der früheren Stellungnahme vom 2. August 2019 ergangenen Arztberichte. Die Rüge des Beschwerdeführers, med. pract. D.___ hätte damals die anstehenden Abklärungen im [Spital] M.___ (s. unter E. II. 3.4 hiervor) abwarten sollen, anstatt sofort eine Stellungnahme abzugeben, ist damit obsolet. Die Beurteilung vom 9. Juni 2020 ist weiter in ihren Schlussfolgerungen überzeugend begründet:

Die Akten enthalten keine echtzeitlichen Berichte, welche nach dem Unfall vom 3. Januar 2016 eine Muskelschwäche, neurologische Probleme wie Paresen oder ausstrahlende Schmerzen belegen würden. Zudem fehlt es für diese Zeit auch an entsprechenden bildgebenden Befunden wie z.B. einer Spinalkanalstenose. Sowohl nach dem Unfall vom 3. Januar 2016 resp. dem Eingriff vom 8. Januar 2016 als auch in Zusammenhang mit dem ersten Rückfall im Dezember 2016 wurden einzig Beschwerden festgestellt, welche sich auf den thorakolumbalen Bereich beschränkten (E. II. 3.1.1 + 3.1.2 hiervor). Die Beinschwäche und die lumbal-glutealen Schmerzen, auf denen die hier streitige zweite Rückfallmeldung beruht, sind demgegenüber erst seit September 2018 belegt (E. II. 3.2.1 + 3.2.2 hiervor), also zwei Jahre und neun Monate nach dem Unfall. Soweit der Beschwerdeführer und einige der behandelnden Ärzte später erklärten, solche Beschwerden seien bereits 2016 oder

2017 aufgetreten (E. II. 3.2.1 / 3.4.1 ■ 3.4.3 / 3.4.5 / 3.6.1 / 3.6.3 / 3.6.5), findet dies in den damaligen Akten keine Stütze (E. II. 3.1.1 + 3.1.2 hiervor). In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die fraglichen Ärzte den Beschwerdeführer erst seit Herbst 2018 behandelt hatten, d.h. ihre Angaben zu den Verhältnissen vor diesem Zeitpunkt beruhen nicht auf eigener Anschauung und haben deshalb kein Gewicht. Der Beschwerdeführer wiederum verwickelt sich hier in Widersprüche. So gab er im Gespräch mit der IV vom 23. Mai 2019 ausdrücklich an, der Kraftverlust im linken Bein sei 2018 aufgetreten (IV-Nr. I/16 S. 2), also nicht schon 2016. Eindeutige Brückensymptome, die das Geschehen über die Jahre hinweg als Einheit kennzeichnen würden, sind ärztlich nicht belegt und werden vom Beschwerdeführer auch nicht konkret bezeichnet. Nach dem ersten Rückfall wurde die Behandlung im April 2017 abgeschlossen, weil praktisch Beschwerdefreiheit erreicht worden war. In der Folge blieb der Beschwerdeführer nach Aktenlage bis Dezember 2018 arbeitsfähig (E. II. 3.1.2 + 3.2.2 hiervor). Die von ihm am 12. April 2021 nachgereichten Arztzeugnisse (BB-Nrn. 19 ■ 22) belegen eine Arbeitsunfähigkeit frühestens ab 6. Dezember 2018. Wenn der Beschwerdeführer im Übrigen behauptet, die IV gehe in ihrem Vorbescheid von einer Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2018 aus (A.S. 97), so ist dies aktenwidrig (E. II. 3.6.6 in fine hiervor). Die vorgelegte Therapieübersicht (BB-Nr. 23) sowie die Auflistung der Gesundheitskosten ab 2016 (BB-Nr. 24 ff.) führt ebenfalls zu keinem anderen Schluss. Zwar wurde Physiotherapie durchgeführt, doch kann es sich dabei um eine vorbeugende Massnahme handeln, zumal Dr. med. G.___ am 4. Mai 2017 nach dem Abklingen des ersten Rückfalls erklärt hatte, die Schmerzen könnten im weiteren Verlauf möglicherweise wieder zunehmen (E. II. 3.1.2 hiervor). Präventionsmassnahmen genügen indes nicht, um Brückensymptome nachzuweisen (Urteil des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 4). Besteht aber ein zeitlicher Abstand von einem Jahr und fünf Monaten zwischen dem Abschluss des ersten Rückfalls im April 2017 und dem zweiten Rückfall, ohne dass deutliche Brückensymptome belegt wären, so spricht dies gegen einen Kausalzusammenhang (vgl. E. II. 2.1.3 in fine hiervor).

Andererseits ist zu betonen, dass die aktuellen Beschwerden mit sich ausdehnender Myopathie über die lokalen Schmerzen an der LWS hinausgehen, welche nach dem Unfall aufgetreten waren und sich beim ersten Rückfall wieder verstärkt hatten. Vor diesem Hintergrund lässt sich kein Zusammenhang des neuen Beschwerdebildes mit dem Unfall herstellen. Dies muss umso mehr gelten, als sich der Wirbelkörper L1 gegenüber früher radiologisch nicht wesentlich verändert hat (s. E. II. 3.2.2 / 3.2.4 / 3.2.6), obwohl ein Rückfall eine gesundheitliche Änderung erfordern würde (E. II. 2.1.2 hiervor), sondern sich nach wie vor unauffällig präsentiert (E. II. 3.4.2 ■

E. 3.7.2.2

Es liegen keine Arztberichte vor, welche geeignet wären, irgendwelche Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken. Im Gegensatz zu den Kreisärztinnen befasste sich keiner der behandelnden Ärzte vertieft mit der Unfallkausalität, so dass sich hier, wenn überhaupt, keine beweiskräftigen Antworten finden. Teils wird ein Kausalzusammenhang bloss als möglich angesehen (s. E. II. 3.6.2 hiervor), was dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügt (Urteil des Bundesgerichts 8C_242/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2). Andere Arztberichte sprechen eher für die kreisärztliche Beurteilung, indem etwa Dr. med. I.___ erklärt, er sei bisher von einer Krankheit ausgegangen und müsse erst aussagekräftige Unterlagen sehen, bevor er eine

Unfallkausalität annehmen könne (E. II. 3.2.2. hiervor). Dr. med. J.___ wiederum hält dafür, die aktuellen Beschwerden liessen sich nicht lumbal erklären (E. II. 3.2.3 hiervor).

Aus der genetischen Beurteilung von dipl. med. F.___, welche der Beschwerdeführer einreichte, ergibt sich ebenfalls nichts zu seinen Gunsten. Daraus erhellt vielmehr, dass die Muskeldegeneration, welche sich seit 2018 bemerkbar macht, auf einen Gendefekt zurückgeht und damit offenkundig eine Krankheit darstellt. Zwar trifft es zu, dass diese definitive genetische Beurteilung den beiden Kreisärztinnen noch nicht vorlag, als sie am 9. Juni 2020 ihre Beurteilung abgaben. Ihnen war aber bereits bekannt, dass dipl. med. F.___ eine genetische Ursache vermutete (s. Suva-Nr. 175 S. 8 f.). Dazu äusserten sie sich denn auch, indem sie festhielten, das Unfallereignis und eine allfällige genetische Muskelerkrankung hätten nichts miteinander zu tun. Angesichts dieser dezidierten Feststellung kann man nicht sagen, die Kreisärztinnen hätten es versäumt, sich zur Frage zu äussern, ob der Unfall wenigstens eine Teilursache der aktuellen Beschwerden bilde, sondern sie haben dies unmissverständlich verneint. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, bei der Myopathie handle es sich um einen «schlummernden Vorzustand«, der vom Unfall getriggert worden sei (A.S. 105), ist dies pure Spekulation. Auch von den behandelnden Ärzten vertritt keiner diese Auffassung. Der Hinweis des Beschwerdeführers, vor dem Unfall sei er beschwerdefrei und voll leistungsfähig gewesen (A.S. 106), ist unbehelflich, denn dabei handelt es sich um eine unzulässige Argumentation «post hoc, ergo propter hoc» (s. E II. 2.1.1 in fine hiervor).

E. 3.7.2.3

Die weiteren Einwände, welche der Beschwerdeführer gegen die kreisärztliche Beurteilung vorbringt, dringen ebenfalls nicht durch:

Inwieweit eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch die Kreisärztinnen zu einer anderen Beurteilung hätte führen sollen, ist nicht ersichtlich. Entscheidend ist, wie dargelegt, dass die aktuellen Beschwerden erst seit Herbst 2018 aktenkundig sind (E. II. 3.7.2.2 hiervor). Eine Untersuchung des Beschwerdeführers im jetzigen Zeitpunkt ist nicht geeignet, ein früheres Auftreten dieser Beschwerden nachzuweisen, massgeblich ist vielmehr der in den Akten dokumentierte Verlauf, auf den die Kreisärztinnen abstellten.

Nicht stichhaltig ist auch der Einwand, es habe sich kein Kreisarzt mit dem Fall befasst, der Facharzt für Neurologie sei. Dem ist einerseits zu entgegnen, dass es sich bei Dr. med. E.___ um eine Fachärztin für Neurochirurgie handelt. Andererseits sind die Kreisärzte der Beschwerdegegnerin nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin; da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie ■ unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharzttitel ■ über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_316/2019 vom 24. Oktober 2019 E. 5.4).

Die erfolgreiche Radiofrequenztherapie schliesslich erlaubt keineswegs den Schluss, dass die behandelten Schmerzen unfallkausal waren. Dieser Behandlungserfolg mag auf einen neurologischen Anteil des Gesundheitsschadens hindeuten, doch könnte es sich dabei ebenso gut um eine krankheitsbedingte Komponente handeln.

E. 3.7.2.4

Richtig ist, dass die beiden Kreisärztinnen am 9. Juni 2020 postulierten, vom Unfall her lägen noch gewisse lokale Restbeschwerden vor, wofür die Unfallversicherung bestimmte Behandlungsmassnahmen übernehmen könne (E. II. 3.5 in fine hiervor). Eine Unfallkausalität wird somit in dieser Hinsicht bejaht. Es ist jedoch einerseits darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer keine Heilbehandlung beantragt, sondern eine Rente und eine Integritätsentschädigung. Andererseits handelt es sich nur um geringfügige Restbeschwerden, die zumindest eine körperlich nicht belastende Büroarbeit ohne Einschränkung zulassen. Die Kreisärztinnen hielten denn auch fest, es lasse sich keine andauernde Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit nachvollziehen. Der Bericht der RAD-Ärztin bestätigt dies: Er nennt zwar einen Status nach L1-Fraktur nebst Lumbovertebralsyndrom und posttraumatischer Gonarthrose, doch nur unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (E. II. 3.6.6 hiervor). Ebenso wenig kann eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität angenommen werden (s. Art. 24 Abs. 1 UVG).

Andererseits steht die Myopathie ganz im Vordergrund des Geschehens, wurde doch erst wieder eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, nachdem sich diese im September 2018 bemerkbar gemacht hatte. Zwar erwähnen einige behandelnde Ärzte in der Folge nach wie vor ein chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie neu eine posttraumatische Gonarthrose als Diagnosen (E. II. 3.2.5 / 3.2.9 / 3.4.1 / 3.4.3 / 3.4.5 / 3.6.1 ■ 3.6.3 / 3.6.5). Soweit in diesen Berichten aus der Gonarthrose überhaupt eine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet wird, fehlt es indes an einer Begründung, so dass dies nicht zu überzeugen vermag. Beim Lumbovertebralsyndrom wiederum ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer bei der Entlassung aus der [Klinik] C.___ im März 2020, also im massgeblichen Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides (E. II. 1.2 hiervor), sozusagen schmerzfrei war (E. II. 3.4.5 hiervor), wobei der Effekt der Behandlung auch noch einige Monate später anhielt (E. II. 3.6.2 f. hiervor). Dies heisst, dass dem Lumbovertebralsyndrom bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine nennenswerte Bedeutung zukommen kann, was mit der Einschätzung der Kreisärztinnen und der RAD-Ärztin korrespondiert.

Ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und / oder eine Integritätsentschädigung lässt sich folglich mit den unfallkausalen Restbeschwerden nicht begründen.

E. 3.7.2.5

Vor diesem Hintergrund bestehen auch keine geringen Zweifel an der Beurteilung der Kreisärztinnen D.___ und E.___. Dementsprechend ist, ohne dass ein Gerichtsgutachten oder sonstige weitere Abklärungen erforderlich wären, davon auszugehen, dass zwischen dem Unfall vom 3. Januar 2016 und den ab Herbst 2018 neu aufgetretenen Beschwerden kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang besteht, während aus den verbleibenden Restbeschwerden, die noch vom Unfall herrühren, weder eine relevante Arbeitsunfähigkeit noch ein Integritätsschaden resultiert. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin infolge Rückfalls entfällt folglich.

3.7.3 Der Antrag des Beschwerdeführers, das Beschwerdeverfahren sei zu sistieren, bis die Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen seien, ist bereits in der Verfügung vom 29. Oktober 2020 abgewiesen worden (E. I. 2.3 in fine hiervor). Daran ist auch nach Einsicht in die IV-Akten festzuhalten, denn die IV hat die Integrationsmassnahme in Form eines Arbeitsversuchs mit Beiträgen an den Arbeitgeber (IV-Nr. I/37) per Ende Oktober

2020 beendet (s. Protokolleintrag vom 23. Oktober 2020 in den IV-Akten).

3.8 Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und ist im Sinne der Erwägungen abzuweisen.

4. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

5. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wirderkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kanninnert 30 Tagenseit der Mitteilung beim BundesgerichtBeschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiteneingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG).Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident	Der Gerichtsschreiber
Flückiger	Haldemann

E. 4

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung mit Publikums- und Presseanwesenheit nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 5

■ 7). Nach dem Eingriff vom 8. Januar 2016 (perkutane transpedikuläre Vertebroplastie) bestanden keine neurologischen Defizite der unteren Extremitäten (Suva-Nr. 8 f.). Der Beschwerdeführer klagte zunächst noch über Rückenschmerzen in der Höhe der Fraktur sowie über Schmerzen im rechten ISG (Suva-Nr. 14). Die radiologische Untersuchung vom 18. Februar 2016 ergab eine geringgradig zunehmende ventral betonte Höhenminderung, wobei sich weiterhin keine Hinterkantenbeteiligung nachweisen liess und die Wirbelkörperhöhe, die Höhe der Zwischenwirbelräume sowie das Hinterkantenalignement der Lendenwirbelsäule (fortan: LWS) erhalten waren (Suva-Nr. 15). Der Beschwerdeführer unterzog sich einer Physiotherapie (Suva-Nrn. 17 + 40).

Aus dem Unfallschein geht hervor, dass der Beschwerdeführer ab dem 13. Juni 2016 wieder zu 100 % arbeitsfähig war (Suva-Nr. 41). Dr. med. G.___, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, hielt im Bericht vom 19. September 2016 (Suva-Nr. 42) fest, am 8. September 2016 hätten sich ■ bei subjektiv noch leichten Schmerzen unterhalb des rechten Rippenbogens ■ keine objektiven pathologischen Befunde mehr feststellen lassen. Die Behandlung sei deshalb mit diesem Datum abgeschlossen worden.

3.1.2 Nachdem am 7. Februar 2017 ein erster Rückfall gemeldet worden war, hielt Dr. med. G.___ im Arztzeugnis vom 20. Februar 2017 (Suva-Nr. 53) fest, der Beschwerdeführer habe ihn am 5. Dezember 2016 konsultiert, weil es nach körperlicher Belastung zu einer Exazerbation der Rückenschmerzen gekommen sei. Es liege ein akutes thorako-lumbo-vertebrales Syndrom mit Druckdolenz und Verhärtung der paravertebralen Muskulatur thorako-lumbal bei Status nach einer Vertebroplastie einer L1-Fraktur vor. Es wurde erneut Physiotherapie verordnet (Suva-Nrn. 46 / 49 S. 3 f. / 62 / 64 f.).

Die radiologische Abklärung vom 28. Dezember 2016 (Suva-Nr. 52) ergab eine Einsenkung der Deckplatte L1 im zentralen Anteil und eine leichte Höhenminderung der Vorderkante, während die Hinterkante nicht verlagert war. Eine Einengung des Spinalkanales in diesem Segment, eine Bandscheibenhernie im darüber liegenden Segment oder eine Nervenwurzelkompression waren nicht ersichtlich.

Im Bericht vom 4. Mai 2017 (Suva-Nr. 63) gab Dr. med. G.___ an, die Behandlung sei am 25. April 2017 abgeschlossen worden, da der Beschwerdeführer subjektiv praktisch beschwerdefrei gewesen sei. Objektiv sei die LWS-Beweglichkeit eingeschränkt. Neurologische Ausfälle lägen keine vor. Erneute thorako-lumbale Schmerzexazerbationen seien möglich.

E. 6

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2020 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheides (A.S. 35 ff.). Sie reicht zudem eine Beurteilung durch ihre Kreisärztinnen med. pract. D.___ und Dr. med. E.___ ein (Suva-Nr. 175). 2.3 Der Beschwerdeführer lässt am 29. September 2020 die Sistierung des Beschwerdeverfahrens beantragen, bis das Eingliederungsverfahren der Invalidenversicherung (fortan: IV) abgeschlossen sei (A.S. 53 ff.). Die Beschwerdegegnerin erklärt dazu am 21. Oktober 2020, sie erachte eine Sistierung zwar nicht als erforderlich, wolle ihr aber nicht im Weg stehen, wenn das Gericht anderer Auffassung sei (A.S. 60). Der Präsident des Versicherungsgerichts weist daraufhin den Sistierungsantrag mit Verfügung vom 29. Oktober 2020 ab und holt die IV-Akten des Beschwerdeführers (fortan: IV-Nr. I) ein (A.S 62). 2.4 Am 23. November 2020 lässt der Beschwerdeführer einen genetischen Untersuchungsbericht von dipl. med. F.___ einreichen (A.S. 67 ff. und Beschwerdebeilage / BB-Nr. 9). 2.5 Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 10. Dezember 2020 auf eine ausführliche Duplik und bekräftigt den Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 73). 2.6 Der Präsident des Versicherungsgerichts weist den Antrag des Beschwerdeführers auf eine Parteibefragung mit Verfügung vom 22. Dezember 2020 ab (A.S 74 f.). 2.7 Am 9. März 2021 findet vor dem Versicherungsgericht eine öffentliche Verhandlung statt. Die Beschwerdegegnerin, der das Erscheinen freigestellt worden ist (s. A.S. 74), nimmt daran nicht teil (A.S. 76). Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht weitere Belege ein, welche das Gericht zu den Akten nimmt (BB-Nrn. 10 – 13). Die Anträge auf Sistierung des Verfahrens und Edition der vollständigen IV-Akten sowie auf Abklärungen zur Echtheit der kreisärztlichen Unterschriften werden abgewiesen. Der Vertreter bekräftigt sodann in seinem Parteivortrag die in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren sowie die an der Verhandlung abgewiesenen Beweisanträge (s. Protokoll, A.S. 82 ff.). Ausserdem reicht er eine Kostennote ein (A.S. 78 ff.). Während der geheimen Beratung entschliesst sich das Gericht dazu, den Abspruch zu verschieben und die nach dem 4. November 2020 ergangenen

IV-Akten des Beschwerdeführers einzuholen (s. Verfügung vom 11. März 2021, A.S. 85 f.). 2.8 Der Beschwerdeführer lässt am 15. und 16. März 2021 weitere Belege einreichen (A.S. 87 f. / 90 f., BB-Nrn. 14 – 17). 2.9 Nachdem die zusätzlichen IV-Akten (fortan: IV-Nr. II) beim Gericht eingegangen sind (A.S. 92), äussern sich der Beschwerdeführer am 12. und 21. April 2021 (A.S.96 ff. / 105 f., BB-Nrn. 18 – 29) sowie die Beschwerdegegnerin am 14. April 2021 (A.S. 102 f.). Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht ausserdem eine ergänzende Kostennote ein (A.S. 100 f.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig und zu prüfen ist, ob es die Beschwerdegegnerin zu Recht abgelehnt hat, dem Beschwerdeführer Leistungen aus einem Rückfall zum Unfallereignis vom 3. Januar 2016 zu erbringen. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 6. März 2020 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109). 1.3 Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung am 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da hier Leistungen für ein Unfallereignis von 2016 strittig sind, ist das frühere Recht anwendbar. Dies gilt auch im Hinblick auf Rückfälle und Spätfolgen zu diesem Unfall (vgl. Matthias Kradolfer in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 118 N 14). 2.

E. 8

April 2019 angeht, so diagnostizierte Dr. med. H.___, Leitender Arzt Neurologie am Kantonsspital [...], im Bericht vom 20. November 2018 (Suva-Nr. 75) ätiologisch ungeklärte lumbale und gluteale Schmerzen links mit Claudicatio intermittens bei leichter linksbetonter proximaler Paraparese, ausserdem einen Status nach L1-Fraktur. Vor zwei Jahren sei initial schmerzlos eine zunehmende linksbetonte Muskelschwäche der Beine aufgetreten. Ein Jahr später seien Schmerzen im unteren Rückenbereich dazugekommen. Funktionsstörungen der Arme lägen keine vor.

3.2.2 Dr. med. I.___, Facharzt für Rheumatologie FMH, erklärte im Bericht vom 14. Januar 2019 (Suva-Nr. 74), der Beschwerdeführer habe ihn am 21. September 2018 wegen Schmerzen im linken Gesässbereich und am linken Oberschenkel (Trochanter) aufgesucht. Er klage nach wie vor über Schmerzen im lumbalen Bereich sowie eine linksbetonte Schwäche der unteren Extremitäten mit Gangunsicherheit. Die MR-Aufnahme der LWS vom 3. Oktober 2018 (s. Suva-Nr. 83) sei gegenüber früheren Kontrollen unverändert und ergebe keine Hinweise für eine erneute Insuffizienzfraktur, Komplikationen bei Status nach L1-Fraktur oder eine Kanal- / Foramenstenose. Die neurologische Bilanz vom 20. November 2018 habe keine Diagnose der geschilderten Schwäche ergeben. Seit dem 6. Dezember 2018 sei der Beschwerdeführer zu 100 % und ab 8. Januar 2019 zu 75 % arbeitsunfähig. Am 12. April 2019 ergänzte Dr. med. I.___ (Suva-Nr. 76), falls die Schmerzen am linken Gesäss und die Schwäche der unteren Extremitäten, welche er bisher als Krankheit betrachtet habe, eine posttraumatische Folge des Unfalls vom 3. Januar 2016 seien, sei er gerne bereit, die Situation erneut zu prüfen. Voraussetzung sei, dass man ihm medizinische Unterlagen vorlege, die dafür sprächen.

3.2.3 Dr. med. J.___, Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie am Kantonsspital [...], sprach in den Berichten vom 7. Februar und 5. März 2019 (Suva-Nr. 88 und IV-Nr. I/8 S. 3 f.) von unklaren linksseitigen Lumbalgien bzw. Flankenschmerzen mit Ausstrahlung nach kranial, ohne radikuläre oder Instabilitätszeichen. Die Beschwerden seien nicht lumbal erklärbar. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht bestünden keine Hinweise auf relevante Pathologien. Die MRT-Aufnahmen vom Dezember des letzten Jahres zeigten einen absoluten Normalbefund, ausser dem bekannten Zustand nach Vertebroplastie L1; diesbezüglich seien die Verhältnisse jedoch adäquat, ohne Neurokompressionen, Stenosen oder Fehlstellung.

3.2.4 Dr. med. K.___, Leitender Arzt Medizinische Radiologie am Kantonsspital [...], hielt im Bericht vom 28. Februar 2019 (Suva-Nr. 87) fest, die heutige MRI-Untersuchung habe hinsichtlich der oberen LWS die vorbekannte Deckplattenimpressionsfraktur L1 mit Zustand nach Vertebroplastie abgebildet.

3.2.5 Dr. med. H.___ bekräftigte im Bericht vom 14. März 2019 (Suva-Nr. 103) seine früheren Diagnosen. Innerhalb der letzten Monate sei ein weiterer Kraftverlust der Beine eingetreten. Elektrophysiologisch seien weder Denervationszeichen noch myopathische Veränderungen nachgewiesen worden. Im Bericht vom 3. Mai 2019 wiederum (Suva-Nr. 104) sprach Dr. med. H.___ von einer Myopathie unklarer Ätiologie bei selektiver fettiger Degeneration unterschiedlicher Muskelgruppen, betont des M. gastrocnemius (Caput medialie), quadriceps femoris, serratus anterior und latissimus dorsi. Der Status nach L1-Fraktur sowie neu eine posttraumatische Gonarthrose rechts wurden jeweils als Nebendiagnose aufgelistet.

3.2.6 Dipl. med. L.___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, erklärte im Bericht vom 14. März 2019 (IV-Nr. I/12.3 S. 1 ff.), der Beschwerdeführer leide seit September 2018 unter progredienten lumbalen und glutealen Schmerzen links sowie Flankenschmerzen links. Dazu habe sich eine Kraftverminderung in beiden Oberschenkeln gesellt. Im Bericht vom 24. April 2019 (Suva-Nr. 80) ergänzte dipl. med. L.___, es bestehe ein mehrfaktorielles Stauungssyndrom der unteren Extremitäten (s.a. Suva-Nr. 85). Die Bildgebung vom 3. Oktober 2018 zeige im Vergleich zu Dezember 2016 keine neu aufgetretene strukturelle Pathologie. Die Ursache der Beschwerden sei noch nicht ermittelt worden.

3.2.7 Im Intake-Gespräch bei der IV gab der Beschwerdeführer am 23. Mai 2019 an, 2018 sei plötzlich ein unerklärlicher Kraftverlust im linken Bein aufgetreten (IV-Nr. I/16).

3.2.8 Der histopathologische Befund, welcher am 24. Mai 2019 im [Spital] M.___ erhoben worden war (Suva-Nr. 132 S. 2 f.), deutete neben einem muskeldystrophen Prozess auf eine myotone Dystrophie hin. Eine diskrete neurogene Schädigungskomponente liess sich nicht ausschliessen.

3.2.9 Dr. med. N.___, stellvertretende Chefärztin Neurologie am Kantonsspital [...], gab im Bericht vom 12. Juni 2019 (Suva-Nr. 105) an, die Muskelbiopsie des M. biceps femoris rechts sei grundsätzlich vereinbar mit einem muskeldystrophen Prozess, differentialdiagnostisch einer myotonen Dystrophie oder Gliedergürteldystrophie. Zielführend sei nun eine weitere histolopathologische resp. humangenetische Abklärung. Der Status nach L1-Fraktur sowie die posttraumatische Gonarthrose rechts wurden als Nebendiagnosen erwähnt.

E. 9

Oktober 2019 (Suva-Nr. 127 S. 15 f.) bestätigte die progrediente Muskelschwäche im linken Bein sowie im linken Arm und ergänzte, die Röntgenaufnahme vom 19. September 2019 zeige einen korrekten Status nach Vertebroplastie L1 (s. Suva-Nr. 160). Die angegebenen Rückenschmerzen seien vor allem belastungsabhängig und wiesen auf eine muskuläre Insuffizienz hin. Nach dem Unfall sei im Aufbautraining und der Physiotherapie eine Schwäche des linken Beines registriert worden.

3.4.3 Aus dem Bericht des [Spitals] M.___ vom 28. Oktober 2019 (Suva-Nr. 131 S. 2 ff.) ging hervor, dass eine weitere Biopsie deutlicher für einen primär myopathischen Prozess sprach, ohne dass dieser genauer eingeordnet werden konnte. Die Schwäche des linken Beins habe sich erstmals während der Rehabilitation nach dem Unfall gezeigt. Seit diesem leide der Beschwerdeführer unter lumbalen, teils in die Bin ausstrahlenden Rücken- und Beinschmerzen. Das chronische Lumbovertebralsyndrom sei wahrscheinlich aggraviert bei muskulärer Schwäche. Der radiologische Befund der LWS vom 29. Oktober 2019 präsentierte sich bei Status nach Vertebroplastie L1 unauffällig (Suva-Nr. 153).

3.4.4 Die MRI-Aufnahme der LWS vom 15. Januar 2020 durch Dr. med. O.___, Fachärztin für Radiologie, bildete unauffällige Verhältnisse bei Status nach Vertebroplastie L1 ab (Suva-Nr. 169).

3.4.5 Der Bericht der [Klinik] C.___ vom 20. Januar 2020 (Suva-Nr. 164) diagnostizierte eine linksbetonte chronische Lumboischialgie bei Status nach L1-Fraktur und Vertebroplastie sowie eine posttraumatische Gonarthrose links. Inwieweit die proximale und an den unteren Extremitäten betonte Myopathie in Zusammenhang mit den Rückenschmerzen stehe, sei unklar. Am 17. Februar 2020 trat der Beschwerdeführer zur Behandlung seiner lumbovertebralen Schmerzen in die Klinik ein (Suva-Nr. 167), wo der Beschwerdeführer angab, seit 2017 bestehe eine Muskelschwäche zuerst am linken Oberschenkel, später auch am rechten. In der Klinik interpretierte man die Beschwerden im Rahmen der alten L1-Fraktur sowie der aktivierten lumbalen Facettengelenksarthrosen. Nachdem u.a. eine Radiofrequenztherapie erfolgt war (Suva-Nr. 166), wurde der Beschwerdeführer gemäss Austrittsbericht vom 6. März 2020 fast vollständig schmerzfrei entlassen (Suva-Nr. 167 S. 4).

3.4.6 Dipl. med. F.___, Fachärztin für Medizinische Genetik FMH, führte im Bericht vom 26. Mai 2020 (Suva-Nr. 173) aus, es lägen eine progrediente Schwäche der proximalen Muskulatur, proximale Paresen und eine deutliche Atrophie der Unterschenkel beidseits, eine Psoasschwäche, eine moderate Hyper-CK-Ämie sowie fettige Degenerationen unterschiedlicher Muskelgruppen vor, vor allem des Musculus gastrocnemius, Quadrizeps femoris, serratus anterior und latissimus dorsi. Es bestehe der Verdacht auf eine myopathische Muskelerkrankung und deren Differentialdiagnosen, die von Mutationen in einer Vielzahl von Genen verursacht würden. Häufig sei erst durch eine genetische Diagnostik eine Zuordnung möglich.

3.5 Die Kreisärztinnen med. pract. D.___ und Dr. med. E.___, Fachärztin für Neurochirurgie, gaben am 9. Juni 2020 (Suva-Nr. 175) folgende Aktenbeurteilung ab:

Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei mit Sicherheit davon auszugehen, dass die von dipl. med. F.___ vermutete genetische Erkrankung nichts mit dem Unfallereignis von 2016 zu tun habe. Es handle sich um ein hereditäres, differentialdiagnostisch erworbenes Geschehen, das linksbetont zur Verfettung der Muskulatur geführt habe. Dies sei in den oberen Extremitäten, der Stammmuskulatur und den unteren Extremitäten nachweisbar.

Gemäss Ganzkörper-MR vom April 2019 sei auch die Rumpf-Schultermuskulatur ■ mit Innervation von Nerven aus dem Plexus brachialis, d.h. zervikalen thorakalen Nervenwurzeln ■ mitbetroffen. Somit handle es sich hier ganz klar um ein eigenständiges Krankheitsbild, das nichts mit der unfallbedingten Problematik des Beschwerdeführers zu tun habe. Die ab Ende 2018 geklagten Beschwerden im Sinne einer Schmerzhaftigkeit und linksbetonten proximalen Paraparese mit eingeschränkter Gehfähigkeit und Gangunsicherheit stünden ebenfalls nicht im geforderten überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit der L1-Fraktur von 2016 bzw. der Vertebroplastie (S. 9). Auch wenn der Beschwerdeführer in den späteren Berichten des [Spitals] M.___ von 2019 und 2020 angebe, dass diese Beschwerden bereits 2016 aufgetreten seien, sei dies weder echtzeitlich nachvollziehbar oder dokumentiert noch ein Indiz für eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität. Die echtzeitlichen Berichte beschrieben keinerlei Ausstrahlung in die Beine und keinerlei Schwäche der beinbetonten Muskulatur, sondern einen absolut unauffälligen postoperativen Verlauf, was sich auch bildgebend so darstelle. Die Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit habe sich ebenfalls unauffällig gestaltet. Das MRI der LWS vom 28. Dezember 2016 im Rahmen des ersten Rückfalles beschreibe einen absolut unauffälligen postinterventionellen Normalbefund. Betreffend Indikation werde ein «lokalisierten Problem» angegeben («rezidivierendes thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Schmerz paravertebral rechts»); Dr. med. G.___, der damalige Hausarzt, führe dieses im Arztzeugnis vom 20. Februar 2017 auf eine Exazerbation von Rückenschmerzen nach körperlicher Belastung zurück und beschreibe eine Druckdolenz mit Verhärtung der paravertebralen Muskulatur thorakolumbal. So sei die Behandlung des Rückfalls am 25. April 2017 ohne neurologische Ausfälle und praktisch beschwerdefrei abgeschlossen worden. Im Bereich L1 liege eine richtungsgebende Verschlimmerung durch das Sturzereignis im Januar 2016 vor. Zeitnah und auch im Rahmen des (ersten) Rückfalls seien keine ausstrahlenden Beschwerden aufgetreten, sondern lediglich als wahrscheinlich leicht zu erachtende lokale Beschwerden. Der volle Umfang der heute und ab November 2018 dokumentieren Beschwerden sei dadurch jedoch nicht erklärbar (S. 10).

Gesamthaft sei auf Grund dieser problematischen Situation auf Restbeschwerden abzustellen, die in ähnlichem Patientengut und vergleichbaren Konstellationen medizinisch-theoretisch zu erwarten seien. Insbesondere sei keine muskuläre Schwäche zu erwarten. Dies gelte für die untere Extremität, mit Sicherheit jedoch für die Rumpfmuskulatur oder Muskulatur der oberen Extremität mit Innervation von Nervenwurzeln, welche die Wirbelsäule deutlich oberhalb des L1 verliessen (z.B. M. serratus anterior und latissimus dorsi). Vorliegend gebe es bei der L1-Fraktur keinerlei Hinterkantenbeteiligung und keine Einengung des Spinalkanals; der Beschwerdeführer sei, wie mehrfach und ausführlich schriftlich dokumentiert, stets neurologisch unauffällig gewesen. Im weiteren Verlauf sei auch der Wirbelkörper selber weder relevant weiter gesintert noch habe sich hier eine wesentliche Veränderung eingestellt. Bildgebend finde sich kein Grund für die geklagten Beschwerden, und es gebe weder ein klinisches Korrelat noch passende klinische Symptome. Somit seien die lokalen Beschwerden im Bereich des thorakolumbalen Übergangs nachvollziehbar, diese erklärten den Umfang der beklagten Beschwerden jedoch nicht. Nicht erklärbar seien neben der bereits erwähnten muskulären Schwäche die Gangunsicherheit, die kurze Gehstrecke und der erhöhte Pausenbedarf. Nicht nachvollziehbar sei insbesondere auch die anhaltende Arbeitsunfähigkeit in einer vollkommen angepassten Tätigkeit. Der Beschwerdeführer sei in einer administrativ-kaufmännischen Arbeit mit einem Teil Aussendiensttätigkeit beschäftigt,

wobei er keinerlei Lasten tragen müsse. Insofern sei die Arbeitsunfähigkeit unfallbedingt nicht ausgewiesen, was auch die behandelnden Ärzte so einschätzten: Einerseits werde in den Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit als Grund «Krankheit» angeben, andererseits sei die Behandlung schon monatelang vor der Rückfallmeldung zu Lasten der Krankenkasse erfolgt (S. 11).

Die Beschwerden seien im Wesentlichen als unfallfremd zu erachten. Die Symptomatik habe deutlich später angefangen, 2016 sei von einer Schwäche und ausstrahlenden Beschwerden nicht die Rede gewesen, sondern von lokal begrenzten thorako-lumbalen Beschwerden. An der früheren kreisärztlichen Stellungnahme sei somit vollumfänglich festzuhalten: Die seit November 2018 dokumentierten Beschwerden stünden nicht im geforderten überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Trauma vom Januar 2016. Dem Beschwerdeführer seien lokale Restbeschwerden durchaus zuzugestehen. Insofern wäre intermittierend auch die Einnahme von Analgetika WHO-Stufe I in geringer Dosierung zu Lasten der Unfallversicherung zu übernehmen, zudem gegebenenfalls auch bei Exazerbation von Beschwerden eine Serie Physiotherapie pro Jahr zur Instruktion einer Eigenbeübung. Zudem wäre zur Kupierung von lokalen Beschwerden die CT-gesteuerte Radiofrequenztherapie / Thermoablation der Facettengelenke B12 / L1 beidseits (S. 11), ebenso wie die BV-gesteuerte Facettengelenksinfiltration L1/2 beidseits zu Lasten der Unfallversicherung zu übernehmen. Gesamthaft seien diese lokalen Restbeschwerden jedoch keine Indikation für den stationären Aufenthalt in der [Klinik] C.___, weshalb dieser nicht durch die Unfallversicherung zu übernehmen sei (S. 12).

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