



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 27. August 2019 (725 17 163 / 209)

Unfallversicherung

Fehlender Kausalzusammenhang; Die Kostenübernahme für das ärztlich angeordnete Hilfsmittel in Form einer Rumpforthese wurde zu Recht verneint.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat, Güterstrasse 106, Postfach 109, 4018 Basel

Betreff Leistungen

A. Der 1960 geborene A.____ war über die Öffentliche Arbeitslosenkasse Basel-Landschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen Unfälle versichert, als er am 4. August 2009 zuhause ausrutschte und sich an der rechten Schulter verletzte. Am 21. Juli 2014 erlitt er einen weiteren Unfall. Am Flughafen in X.____ brach er zusammen und stürzte, wobei er sich eine Fraktur des Lendenwirbelkörpers (LWK) 1 zuzog. Einen dritten bei der Suva versicherten Unfall erlitt er am 27. August 2014. Bei einem Treppensturz zu-

hause zog er sich eine Rippenserienfraktur links 4-8 (Impressionsfraktur) mit Hämato- und Coagulothorax sowie eine Schulterverletzung links mit Abriss des ventralen Labrums zu. Mit Verfügung vom 6. Juli 2016 sprach die Suva dem Versicherten eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 50% (25% für die Folgen des ersten, 15% für die Folgen des zweiten und 10% für die Folgen des dritten Unfalles) zu, lehnte aber gleichzeitig die Ausrichtung einer Invalidenrente ab. Der Versicherte erhob hiergegen Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), welches die Beschwerde mit Urteil vom 18. Januar 2018 (Verfahren-Nr. 725 16 410) abwies. Der Versicherte zog dieses Urteil weiter vor das Bundesgericht.

Bereits am 10. Januar 2017 ersuchte der Versicherte bei der Suva um Kostenübernahme für eine Rumpforthese. Nach Abklärung der massgebenden Verhältnisse verneinte die Suva mit Verfügung vom 7. März 2017 den Anspruch auf eine solche Rumpforthese. Zur Begründung führte sie an, gestützt auf die medizinische Beurteilung ihres beratenden Arztes ergebe sich, dass die Indikation der Rumpforthese aus unfallfremden Gründen erfolgt sei, weshalb es an der erforderlichen Kausalität mangle. An dieser Auffassung hielt sie auch auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 26. April 2017 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Markus Schmid, Advokat, mit Eingabe vom 29. Mai 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht. Darin beantragte er, der Einspracheentscheid vom 26. April 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten für die angeforderte Rumpforthese zu übernehmen; unter o/e Kostenfolge. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, gestützt auf die massgebende medizinische Aktenlage sei erstellt, dass die Verordnung der Prothese infolge unfallkausaler Gründe erfolgt sei.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 25. Juli 2017 schloss die Suva, vertreten durch Andrea Tarnutzer-Muench, Advokat, auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit prozessleitender Verfügung vom 31. Oktober 2018 sistierte die instruierende Präsidentin des Kantonsgerichts das vorliegende Verfahren bis zum rechtskräftigen Entscheid im Verfahren Nr. 725 16 410.

E. Mit Verfügung vom 26. November 2018 hob das Kantonsgericht die Sistierung auf, nachdem das Bundesgericht mit Urteil vom 14. November 2018 den Entscheid des Kantonsgerichts vom 18. Januar 2018 bestätigt und einen Rentenanspruch verneint hatte. Gleichzeitig wurde den Parteien Gelegenheit eingeräumt, zur Sachlage nach Abschluss des Verfahrens Nr. 725 16 410 Stellung zu nehmen. Die Beschwerdegegnerin machte mit Eingabe vom 28. Januar 2019 hiervon Gebrauch. Der Beschwerdeführer liess sich am 26. Februar 2019 hierzu vernehmen.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 29. Mai 2017 ist demnach einzutreten.

1.2 Gemäss § 55 Abs. 1 VPO in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 20'000.-- durch Präsidialentscheid. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die angeordnete Rumpforthese zu übernehmen hat. Dem sich in den Akten befindlichen Kostenvoranschlag vom 6. Januar 2017 zufolge belaufen sich die Kosten für eine solche Rumpforthese auf Fr. 2'110.--. Die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde fällt deshalb in die Kompetenz der präsidierenden Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren.

2.2 Gemäss Art. 11 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die Hilfsmittel, die körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle ausgleichen. In Art. 21 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 hat der Bundesrat die ihm in Art 11 Abs. 1 UVG übertragene Kompetenz zur Regelung der Voraussetzungen für die Abgabe von Hilfsmitteln dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) überlassen. Dieses hat gestützt auf diese Subdelegation die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung (HVUV) vom 18. Oktober 1984 mit der im Anhang aufgeführten Hilfsmittelliste erlassen. Gemäss Art. 1 Abs. 1 HVUV besteht Anspruch auf die in der Liste im Anhang der HVUV aufgeführten Hilfsmittel. Die Hilfsmittelbedürftigkeit im Unfallversicherungsrecht knüpft nicht an die Notwendigkeit des Hilfsmittels für die Erwerbstätigkeit an. Mangels anderslautender gesetzlicher Bestimmung und Praxis besteht auch Anspruch auf Hilfsmittel für Einschränkungen im Aufgabenbereich Haushalt und/oder im privaten Leben. Nach Ziffer 3.01 HVUV zählen Stützkorsetts zu den von der Unfallversicherung zu gewährenden Hilfsmitteln.

2.3 Die Hilfsmittel müssen einfach und zweckmässig sein und werden zu Eigentum oder leihweise abgegeben (Art. 11 Abs. 2 UVG und Art. 1 Abs. 2 HVUV). Das Kriterium der Zweckmässigkeit verlangt insbesondere, dass das Hilfsmittel bestimmt und geeignet ist, der gesundheitlich beeinträchtigten versicherten Person in wesentlichem Umfang zur Erreichung eines der gesetzlich anerkannten Ziele zu verhelfen (BGE 122 V 214 E. 2c mit Hinweis). Mit der Beschränkung auf Hilfsmittel in einfacher Ausführung wird dem allgemeinen Grundsatz der Verhältnismässigkeit Rechnung getragen. Danach ist die Eingliederung nur soweit sicherzustellen, als sie im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist. Die versicherte Person hat dementsprechend in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren. Ferner muss der voraussichtliche Erfolg einer Eingliederungsmassnahme in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten stehen (BGE 124 V 110 E. 2a, 122 V 214 E. 2c).

3.1 Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden ferner nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3). 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 125 V 195 E. 2, 121 V 47 E. 2a und 208 E. 6b).

3.2 Bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang ursprünglich gegeben ist, ist die versicherte Person beweisbelastet. Die Unfallversicherung trägt dagegen die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Zustandes, wie er vor dem Unfall bestand oder sich ohne diesen ergeben hätte (Status quo sine vel ante). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess geltenden Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu

entsprechen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6, Urteil des Bundesgerichts vom 4. April 2017, 8C_17/2017, E. 2.2 mit Hinweisen).

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5. Unter den Parteien ist unbestritten, dass es sich bei der beantragten Rumpforthese um ein geeignetes und notwendiges Hilfsmittel im Sinne der allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen handelt. Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin einzig mit Blick auf die Frage, ob es sich bei den durch die Rumpforthese auszugleichenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen um unfallkausale Folgen handelt. Im Zentrum der Beurteilung steht dabei das Ereignis vom 21. Juli 2014. Da eine anspruchsbegründende Tatfrage zu beurteilen ist, liegt die entsprechende Beweislast bei der versicherten Person bzw. sie trägt die Folgen der Beweislosigkeit.

6. Für die Beurteilung der strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Relevanz:

6.1 Im Bericht des Medical Center B.____ in X.____ vom 29. Juli 2014, wo der Versicherte unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis behandelt worden war, wurden eine Fraktur des LWK 1 sowie auf mögliche frühere Ereignisse zurückzuführende Frakturen der LWK 2 und 4 und eine thorakale Kyphose bei einem auswellenden Keilwirbel des Brustwirbelkörpers (BWK) 12 diagnostiziert. Hierzu wurde festgehalten, der Versicherte sei am Flughafen zweimal kollabiert und habe sich hierbei eine lumbale Fraktur des LWK 1 zugezogen.

6.2 Anlässlich einer Kreisarztbeurteilung vom 28. November 2014 infolge eines weiteren Unfallereignisses wurden eine auf das frühere Ereignis vom 21. Juli 2014 zurückzuführende frische Fraktur des LWK 1, nur wenig disloziert, und ferner multiple Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule festgestellt. Es wurde ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik G.____ empfohlen. In dessen Rahmen wurden am 30. Januar 2015 die folgenden in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht relevanten Diagnosen festgehalten: Unfall vom 21. Juli 2014 Sturz auf dem Flughafen X.____ mit frischer Fraktur LWK 1 und ältere Frakturen LWK 2 und 4.

6.3 Im Rahmen einer Verlaufskontrolle hielt Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass der Patient in X.____ auf dem Flughafen gestürzt sei und sich dabei eine LWK 1-Fraktur zugezogen habe. Eine Verlaufsrontgenkontrolle zeige nun eine im konventionellen Bild stehende Hinterkante, jedoch Einsinken der Vorderkante um 50%. Dementsprechend habe der Patient lokale Beschwerden mit entsprechendem muskulärem Hartspann.

6.4 Am 12. August 2015 berichtete Prof. Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dass der Patient über anhaltende Rückenbeschwerden klage. Er gebe insbesondere belastungsabhängige Beschwerden im unteren LWS-Bereich an. Radiologisch sei eine Keilwirbelbildung LWK 1 mit nachgeheilter Deckplattenimpression auszumachen. Weiter zeige sich eine leichte Keilwirbelbildung BWK 12 als auch LWK 2 möglicherweise im Rahmen eines Morbus Scheuermann.

6.5 Infolge einer weiteren kreisärztlichen Beurteilung vom 30. März 2016 im Zusammenhang mit dem Fallabschluss im Verfahren Nr. 725 16 410 erachtete Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hinsichtlich der verbleibenden Unfallfolgen im Bereich der Wirbelsäule in Form einer Nachsinterung der LWK 1-Fraktur mit deutlicher Keilwirbelbildung und Kyphosewinkel eine Integritätsentschädigung als angezeigt.

6.6 Am 14. Dezember 2016 stellte Dr. med. F.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, die Diagnose einer posttraumatischen thorakolumbalen Skoliose bei einem Status nach traumatischer Deckplattenimpression BWK 12 und LWK 1. Infolge der Schmerzen im

Bereich der Schultern seien physiotherapeutische Massnahmen zur Stabilisierung der Wirbelsäule sowie Detonisation der paravertebralen Muskelgruppen zu verordnen. Ergänzend empfehle er bei Skoliose im thorakolumbalen Übergang das Tragen einer Orthese.

6.7 Mit Kurzbericht vom 27. Januar 2017 führte Dr. E._____ zur Frage, ob der Versicherte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit infolge der unfallbedingten Verletzungen eine Rumpforthese benötige aus, dass es nach einer konservativ behandelten Wirbelkörperfraktur praktisch keine Indikation für ein Korsett gebe. Überdies sei die Indikation für das Korsett eine Skoliose. Dies sei eine krankhafte Veränderung der Wirbelsäule und keine Unfallfolge.

6.8 Aufgrund der Einsprache des Versicherten vom 20. Februar 2017 ersuchte die Suva den Kreisarzt Dr. E._____ auf Vorlage der Akten zur Frage Stellung zu nehmen, ob er an seiner Auffassung festhalte, wonach die verordnete Rumpforthese nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis des Versicherten stehe. Diesbezüglich hielt er fest, die angeführten Stürze und Verletzungen seien unstrittig und würden nicht ignoriert. Es sei allerdings zu beachten, dass nach dem Ereignis vom Juli 2014 ausschliesslich eine LWK 1-Fraktur im Sinne eines Deckplatteineinbruches nachgewiesen worden sei, sämtliche anderen Veränderungen an der Wirbelsäule seien älter. Die Formveränderung des BWK 12 sei bereits im Juli 2014 alt gewesen und nicht bei diesem Ereignis entstanden. Die Ursachen hierfür seien vielfältig, dieses Trauma sei jedoch nicht dafür verantwortlich. Eine Deckplattenimpression könne zweifellos zu einer gewissen Kyphosierung führen. Da die Wirbelsäule sich aus vielen Wirbelkörpern zusammensetze, würde eine gewisse Keilform eines Wirbelkörpers normalerweise keine erhebliche Kyphosierung insgesamt ausmachen. Das Vorliegen einer Kyphosierung sei mit Beurteilung vom 30. März 2016 bereits festgestellt und bei der Schätzung des Integritätsschadens gewürdigt worden. Die Orthese sei jedoch ausschliesslich aufgrund einer Skoliose im thorakolumbalen Bereich ordiniert worden. Dabei handle es sich um eine völlig andere Verformung der Wirbelsäule. Eine stabile Deckplattenimpersionsfraktur könne mit Sicherheit nicht die beschriebene Skoliose herbeiführen. Dies sei nicht erklärbar. Nach derartigen Frakturen sei es wichtig, die Muskulatur zu stärken, damit sie die übrigen Stützstrukturen des Rückens unterstützen könne. Durch eine Orthese werde die Muskulatur ruhig gestellt und somit sogar eher geschwächt, was für Langzeitfolgen einer Lendenwirbelkörperfraktur vielmehr kontraproduktiv sei. Die Indikation der Orthese würde somit eindeutig nicht aus unfallkausalen Gründen gestellt.

7.1 Die Beschwerdegegnerin ist unter Berücksichtigung der Ausführungen ihres Vertrauensarztes der Auffassung, dass die Anordnung der Rumpforthese ausschliesslich aufgrund einer nicht unfallbedingten Skoliose erfolgte und somit keine Leistungspflicht der Unfallversicherung bestehe. Wie sich aus dem in Erwägung 4.2 Ausgeführten ergibt, sind die Berichte von Dr. E._____ insoweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit der darin vorgenommenen Schlussfolgerungen bestehen. Vorliegend besteht kein Anlass an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. E._____ zu zweifeln. Er setzt sich mit den wesentlichen medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt insgesamt ein vollständiges Bild des Beschwerdeführers. Alsdann kommt er gestützt auf die medizinischen Akten einleuchtend und überzeugend zum Schluss, dass die Deckplattenimpersionsfraktur eines Lendenwirbels bei ansonsten stabi-

len Wirbelkörpern mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht die beschriebene Skoliose im thorakolumbalen Bereich verursacht hat, weil es sich hierbei um eine völlig andere Verformung der Wirbelsäule handle. Überdies legt er nachvollziehbar dar, weshalb die angeordnete Rumpforthese ausschliesslich zur Behandlung der diagnostizierten Skoliose und nicht für die von der Beschwerdegegnerin bereits anerkannten und mit einer Integritätsentschädigung gewürdigten Unfallfolgen angeordnet worden sei. Insgesamt ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Bericht vom 20. Februar 2017 vollen Beweiswert zuerkannte.

7.2 Die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen zu keiner anderen Beurteilung der Kausalitätsfrage zu führen. Er macht zunächst geltend, die Ausführungen von Dr. E.____ stünden im Widerspruch zur Beurteilung von Dr. F.____ vom 14. Dezember 2016, worin sich die Diagnose einer posttraumatischen Skoliose bei einem Status nach traumatischer Deckplattenimpression des BWK 12 und des LWK 1 fände. Diesbezüglich ist unter Hinweis auf das eben Dargelegte festzuhalten, dass sich Dr. E.____ ausführlich mit den Ausführungen von Dr. F.____ auseinandersetzt und die von ihm diagnostizierte Deckplattenimpression des BWK 12 nachvollziehbar als falsch bezeichnete. Seine diesbezüglichen Aussagen stehen im Einklang mit der medizinischen Aktenlage, in deren Rahmen jeweils ausschliesslich eine Fraktur des LWK 1 mit daraus resultierender Keilwirbelbildung und Kyphosierung als Unfallursache ausgemacht werden konnte. So insbesondere im MRI-Befund vom 21. Juli 2014 unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis. Alsdann finden sich auch in den weiteren zeitnah zum Unfallgeschehen erstellten Berichten weder Hinweise, die auf eine Fraktur im Bereich des BWK 12 hindeuten noch solche die in diesem Bereich dokumentierte Formveränderungen auf das Unfallereignis zurückführen würden. Dr. F.____ stellt die Diagnose einer posttraumatischen thorakolumbalen Skoliose in den Raum, ohne sich dabei näher zu den möglichen Ursachen dieser bisher nicht erhobenen Deformation der Wirbelsäule zu äussern. Seine Ausführungen sind daher nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu wecken. Gleichermassen verhält es sich für den weiteren vom Beschwerdeführer angerufenen Bericht von Dr. D.____ vom 12. August 2015. Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers trifft es dabei gerade nicht zu, dass dieser ausschliesslich unfallkausale Folgen ausweist, namentlich nicht solche in Form einer Skoliose. Vielmehr unterscheidet Dr. D.____ zwischen den bekannten Unfallfolgen einer Keilwirbelbildung der LWS mit nachgeheilter Deckplattenimpression des LWK 1 und einer Keilwirbelbildung im Bereich des BWK 12, wobei er selbst anmerkt, dass die letztere möglicherweise im Rahmen eines Morbus Scheuermann zu sehen sei. Nicht durchzudringen vermag der Beschwerdeführer auch mit seinem Einwand, wonach aufgrund der Tatsache, dass Dr. D.____ die Formveränderung nicht zweifelsfrei krankheitsbedingten Ursachen zuordnet, im Umkehrschluss unfallkausale Folgen damit auch nicht ausgeschlossen werden könnten. Dies umso weniger, als Dr. D.____ nicht diskutiert, inwiefern allenfalls eine Unfallkausalität in Frage käme. Hinzu tritt, dass Dr. D.____ dem Versicherten im selben Bericht zur Behandlung seiner gesundheitlichen Beschwerden Physiotherapie in Form eines Trainings der Rückenmuskulatur verordnet. Damit untermauert er schliesslich die Aussagen von Dr. E.____, denen zufolge dies die adäquate Methode zur Behandlung einer Lendenwirbelkörperfraktur darstelle, das Tragen einer Rumpforthese hierfür hingegen eher kontraproduktiv sei.

7.3 Nach dem Gesagten liegen demnach keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die thorakolumbale Skoliose – für welche die Rumpforthese angeordnet wurde – in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 21. Juli 2014 steht. Auch die im Sinne eines Eventualbegehrens beantragte amtliche Erkundigung bei Dr. F._____ würde zu keinen neuen Erkenntnissen führen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf zusätzliche medizinische Abklärungen verzichtet werden kann (vgl. zur Zulässigkeit einer antizipierten Beweiswürdigung: BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

8. Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht ablehnte. Bei diesem Ergebnis ist die gegen den Einspracheentscheid vom 26. April 2017 erhobene Beschwerde abzuweisen.

9. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozessausgang entsprechend wird dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zugesprochen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>