



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 28. Januar 2021 (725 19 378 / 27)

Unfallversicherung

Rückweisung der Angelegenheit zu weiteren medizinischen Abklärungen, da aufgrund der gegensätzlichen Auffassungen des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin und der behandelnden Spezialisten des Beschwerdeführers die Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen Unfallereignis und Rückfallbeschwerden bzw. Beschwerden aufgrund von Spätfolgen nicht rechtsgenügend entschieden werden kann

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach 2102, 4002 Basel

gegen

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, Rechtsdienst Personenversicherung, Wuhrmattstrasse 19 - 23, 4103 Bottmingen, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. A.____, geboren 1957, war bei der B.____ AG angestellt und in dieser Eigenschaft obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten bei der Schweizerischen National-Versicherungs-Gesellschaft AG (National) versichert. Am 4. September 1999 schlug er bei einem Sprung in den Swimmingpool mit dem Kopf auf dem Boden auf und zog sich eine Fraktur von zwei Halswirbeln zu, die mit einer ventralen Platte (Spondylodese) im Spital C.____ operativ versorgt wurde (Unfallmeldung vom 14. September 1999, act. UM 1). Die National anerkannte ihre Leistungspflicht und richtete die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus. Vom 4. September 1999 bis zum 27. September 2001 übernahm sie Heilbehandlungskosten im Umfang von Fr. 16'029.45 und leistete dem Versicherten insgesamt einen Betrag in der Höhe von Fr. 24'340.85 für die bis zum 14. Januar 2000 geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit. Infolge Fusion der National mit der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (Helvetia) gingen sämtliche Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag auf die Helvetia über.

Am 4. September 2018 (act. UM 4) meldete A.____ der Helvetia unter Hinweis auf die Diagnose "Posttraumatische HWK 4/5 und 6/7 Neuroforaminalstenose verursacht CRPS II" und eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % einen Rückfall. Dem Rückfallformular legte er seine Krankengeschichte bei (act. UM 2). In der Folge fand am 27. September 2018 ein Treffen zwischen dem Versicherten und einer Sachbearbeiterin der Helvetia statt (Bericht vom 28. September 2018, act. SI 11). A.____ teilte mit, dass er seit dem Unfallereignis immer unter Schmerzen und Verspannungen im Nacken gelitten habe. Er habe sich immer wieder Massagebehandlungen und Physiotherapien unterziehen müssen. Seiner Arbeit als selbständig Erwerbender habe er trotzdem nachgehen können. In der rechten Hand habe er ein Kribbeln in den Fingern verspürt. Sein Gesundheitszustand habe sich dann vor drei Jahren massiv verschlimmert. Nebst den Nackenbeschwerden und dem Kribbeln in den Fingern seien nun zusätzlich Schmerzen in der rechten Schulter und Schmerzen vom Oberarm bis ins rechte Handgelenk sowie ein Taubheitsgefühl in den Fingern aufgetreten. Die Nachtruhe sei seither aufgrund der Schmerzen erheblich gestört. Die durchgeführten Operationen hätten zu keiner Verbesserung geführt. Im Ausschlussverfahren habe nun Prof. Dr. med. D.____, Chefarzt der Abteilung Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie des Spitals C.____, festgestellt, dass die Beschwerden Folgen des Unfallereignisses seien. Die Helvetia unterbreitete die Angelegenheit in der Folge ihrem beratenden Arzt Dr. med. E.____, Neurologe Boston University, School of Medicine, der in seiner Stellungnahme vom 25. November 2018 festhielt, es gebe keinen Beweis, dass die Schmerzen im Handgelenk eine mindestens wahrscheinliche Unfallfolge seien. Mit Verfügung vom 5. Dezember 2018 lehnte die Helvetia gestützt auf die Einschätzung von Dr. E.____ den Anspruch auf Versicherungsleistungen für Beschwerden, Behandlungen und Arbeitsunfähigkeiten, die seit September 2017 eingetreten und auf die Beschwerden an der rechten Hand und den rechten Arm zurückzuführen seien, ab. Die vom Versicherten am 11. Dezember 2018 eingereichte Einsprache wies die Helvetia gestützt auf weitere Einschätzungen von Dr. E.____ mit Entscheid vom 31. Oktober 2019 ab.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, mit Eingabe vom 14. November 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Unter o/e-Kostenfolge liess er die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 31. Oktober 2019 sowie die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, ihm die gesetzlichen Leistungen

auszurichten, beantragen. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen. In der Beschwerde wurde im Wesentlichen geltend gemacht, die Beschwerdegegnerin könne den Beweis für die fehlende Unfallkausalität nicht führen. Da sie die Akten vernichtet habe, trage sie die Beweislast für das Fehlen von Brückensymptomen. Der Beschwerdeführer könne die Unfallkausalität plausibel und mittels ausdrücklicher Bestätigung der ihn behandelnden Fachärzte nachweisen. Die Beurteilungen von Dr. E.____ dagegen seien nicht beweiskräftig.

C. Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Vernehmlassung vom 20. Dezember 2019 die Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen und Begründungen fest (Replik vom 22. Januar 2020 und Duplik vom 21. Februar 2020).

E. Mit Eingabe vom 25. Februar 2020 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Prof. Dr. med. F.____, Chefarzt der Abteilung Spinale Chirurgie und Leiter des Wirbelsäulenzentrums des Spitals C.____, vom 19. Februar 2020 zu den Akten und hielt fest, dass Prof. F.____ die Unfallkausalität der aktuellen Beschwerden bei fortgeschrittenen Anschlusssegmentdegenerationen C3/4 und C5/6 nach der Fraktur-Spondylodese C4/5 mit hochgradigen Foraminalstenosen C3/4 beidseits bestätige. Zudem reichte er Aufzeichnungen über die Therapie, die er aufgrund der Schmerzen in den vergangenen Jahren in Anspruch nehmen musste, ein. Mit Eingabe vom 16. März 2020 liess er zudem Physiotherapie-Verordnungen vom 10. Mai 2007, vom 14. September 2007 und vom 16. Januar 2008, die Bestätigung über die Shiatsu-Behandlung vom 12. März 2020 sowie die Email von Dr. med. G.____, FMH Rheumatologie und ehemaliger Chefarzt der Klinik H.____, vom 13. März 2020 zu den Akten reichen. Mit diesen Unterlagen weise er die notwendigen Brückensymptome nach, obwohl dies nicht seine Pflicht sei. Auf den Verordnungen von Dr. G.____ werde auch ausdrücklich erwähnt, dass die Behandlungsbedürftigkeit in Zusammenhang mit der unfallbedingten Operation stehe und er wegen unfallbedingter Residualbeschwerden lange bei Dr. G.____ in Behandlung gewesen sei.

F. Mit Stellungnahme vom 30. März 2020 hielt die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine weitere Einschätzung von Dr. E.____ vom 25. März 2020 an ihrer Auffassung fest.

G. Mit Eingabe vom 3. April 2020 verzichtete der Beschwerdeführer auf weitere Ausführungen. Mit Eingabe vom 3. Juni 2020 liess er den Bericht von Dr. med. I.____, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie und Sportmedizin SGS, vom 2. Juni 2020 zu den Akten reichen.

H. In der Folge zog das Kantonsgericht die Akten der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (Allianz), Krankentaggeldversicherer des Beschwerdeführers, bei und räumte den Parteien das rechtliche Gehör dazu ein.

I. Mit Stellungnahme vom 27. August 2020 äusserte sich die Beschwerdegegnerin zum Bericht von Dr. I.____ und zu den Akten der Allianz.

J. Der Beschwerdeführer hielt mit Eingabe vom 31. August 2020 fest, die Allianz gehe davon aus, dass die Beschwerden nicht krankheitsbedingt seien, sondern dass es sich um Spätfolgen des Traumas vom 4. September 1999 handle.

K. Nachdem die Angelegenheit dem Gericht zur Beurteilung überwiesen worden war, nahm die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 11. September 2020 nochmals Stellung. Als Krankentaggeldversicherer fehle es der Allianz an der Kompetenz, um die Kausalität zwischen den Beschwerden und dem Unfall vom 4. September 1999 zu beurteilen. Die Allianz verfüge auch nicht über alle Akten, die im Laufe des Einspracheverfahrens eingeholt worden seien.

Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der Akten wird, soweit notwendig, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim sachlich wie örtlich zuständigen Kantonsgericht erhobene Beschwerde vom 14. November 2019 ist einzutreten.

2.1 Zwischen den Parteien ist umstritten, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die am 4. September 2018 gemeldeten Beschwerden, die der Beschwerdeführer auf das Unfallereignis vom 4. September 1999 zurückführt, zu Recht verneint. Aufgrund der Ausgangslage des vorliegend zu beurteilenden Streitfalls sind vorweg die folgenden Erwägungen angezeigt:

2.2 Zunächst ist zu klären, welche Gesundheitsstörungen Streitgegenstand bilden. Die ablehnende Verfügung vom 5. Dezember 2018 betraf gemäss explizitem Dispositiv nur die Beschwerden an der rechten Hand bzw. am rechten Arm, nicht aber die Nackenbeschwerden. Demgegenüber wurden im Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2019 auch die Nackenbeschwerden thematisiert und die Beschwerdegegnerin verneinte auch diesbezüglich ihre Leistungspflicht. Im Dispositiv wird nicht die Bestätigung der Verfügung vom 5. Dezember 2018 festgehalten, sondern lediglich die Abweisung der Einsprache. Da der Einspracheentscheid das alleinige Anfechtungsobjekt bildet und er die angefochtene Verfügung ersetzt, liegen neben den Beschwerden an der rechten Hand und am rechten Arm somit auch die Nackenbeschwerden im Streit.

2.3 In Anbetracht der sehr umfangreichen Akten und des mehrfachen Schriftenwechsels ist weiter vorweg zu bestimmen, welche Leistungen Streitgegenstand bilden. Ging es zunächst nur um die Übernahme von Heilbehandlungskosten, geht es nun aufgrund der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit auch um Taggelder, eine allfällige Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung. Welche Leistungen zu prüfen sein werden, kann derzeit jedoch offengelassen werden, da zwischen den Parteien vorerst der Kausalzusammenhang zwischen den Gesundheitsstörungen und dem Unfallereignis vom 4. September 1999 strittig ist. Einzelne Ansprüche wurden von der Beschwerdegegnerin gar nicht geprüft.

2.4 Hinzu kommt im vorliegend zu beurteilenden Streitfall die Besonderheit, dass im Zeitpunkt der Rückfallmeldung – ausser der Schadensmeldung vom 14. September 1999 – keine Unterlagen vom Grundfall mehr vorhanden waren. Die Beschwerdegegnerin hatte diese inzwischen allesamt vernichtet. Immerhin konnte sie im Rahmen ihrer Abklärung rekonstruieren, dass sie vom 4. November 1999 bis zum 27. September 2001 Heilbehandlungskosten im Betrag von Fr. 16'029.40 übernommen und Taggelder im Betrag von Fr. 24'340.85 (gemäss Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2019) geleistet hatte. Weiter konnte sie während des Einspracheverfahrens einige Arztberichte erhältlich machen. Da jedoch auch Spitäler Patientenakten nach zehn Jahren vernichten, fehlen die echtzeitlichen medizinischen Berichte vom Unfallzeitpunkt bis ins Jahr 2002. Inwiefern sich dieser Umstand auf die Beweislastverteilung auswirkt, wird nachfolgend zu prüfen sein.

3.1 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, werden jedoch nach bisherigem Recht ausgerichtet (Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend noch auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug zu nehmen ist.

3.2 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. Laut Art. 11 UVV werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 457 E. 4b, 118 V 297 E. 2d). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders garteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

3.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Heilbehandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschaden) 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt eine Teilursächlichkeit (BGE 134

V 109 E. 9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2016, 8C_620/2015, E. 3.1). 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.4 Da ein Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst, kann er eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen). Dabei gilt es klarzustellen, dass der Unfallversicherer in Bezug auf den geltend gemachten Rückfall nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt vielmehr der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2014, 8C_747/2013, E. 3.2). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt der Unfallversicherer den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_506/2008, E. 3.1.2) Bevor sich aber die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. dazu hiernach Erwägung 3.5) richtig und vollständig zu klären (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2008, 8C_354/2007, E. 2.2).

3.5 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2).

3.6 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese 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 umfas-

send und pflichtgemäss zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3a). 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.

3.7 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung erachtet es 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). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4).

4.1 Zu prüfen ist zunächst die Verteilung der Beweislast. Da zwischen den Parteien unbestritten ist, dass der Grundfall abgeschlossen wurde, obliegt es grundsätzlich dem Beschwerdeführer, den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den mit Meldung vom 4. September 2018 geltend gemachten Beschwerden zu beweisen (vgl. dazu Erwägung 3.4 hier vor). Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass vorliegend ausnahmsweise eine Umkehr der Beweislast stattzufinden habe, da die Beschwerdegegnerin die Akten zu Unrecht vernichtet habe. Es sei ihm somit verunmöglicht worden, den Beweis für das Vorliegen von Brückensymptomen zu erbringen. Aus diesem Grund sei von einer Beweislastumkehr auszugehen.

4.2 Das Bundesgericht hat verschiedentlich festgehalten, dass eine Umkehr der Beweislast ausnahmsweise dann eintrete, wenn eine Partei einen Beweis aus Gründen nicht erbringen könne, die nicht von ihr, sondern von der Behörde zu verantworten seien (Urteile des Bundesgerichts vom 15. Februar 2011, 8C_717/2010, E. 7.4.2 und vom 7. Mai 2009, 8C_762/2008, E. 4.1). Eine Umkehr der Beweislast könne mangels gesetzlicher Grundlage nur gestützt auf den Grundsatz von Treu und Glauben erfolgen. So hat das Bundesgericht entschieden, es gehe nicht an, in Verletzung der aufgrund von Art. 29 BV bestehenden Aktenführungspflicht den Briefumschlag einer Eingabe nicht zu den Akten zu nehmen und hernach der versicherten Person entgegenzuhalten, sie könne den Beweis für die Rechtzeitigkeit der Postaufgabe nicht erbringen. Dieses Verhalten verunmögliche das Beweisführungsrecht und widerspreche auch dem Grundsatz von

Treu und Glauben im Prozess. Im beurteilten Fall musste die versicherte Person die Nachteile der von ihr nicht verschuldeten Beweislosigkeit nicht tragen und die Einsprache galt als rechtzeitig erhoben (BGE 124 V 372 E. 3b).

4.3 Obwohl die Akten des Grundfalls nicht mehr vorhanden sind, ist aufgrund des jetzigen Aktenstands klar, was während des Unfallereignisses passierte und welche körperlichen Verletzungen durch den Sprung und den anschliessenden Kopfanprall verursacht wurden. Es ist weiter erstellt, dass eine ventrale Stabilisierung C4/5, eine ventrale Plattenspondylodese, also eine Wirbelsäulenverblockung, vorgenommen wurde. Dieser operative Eingriff bildet der Ausgangspunkt. Der Umstand nun, dass die Operationsberichte von damals nicht mehr existieren, fällt beweisrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, da aufgrund der nachträglich getätigten medizinischen Abklärungen, insbesondere den MRI-basierten Untersuchungen, klar ist, was damals gemacht wurde. Von der Beschwerdegegnerin werden zudem weder das Unfallereignis noch die damaligen Heilbehandlungen in Abrede gestellt. Soweit vom Beschwerdeführer geltend gemacht wird, aufgrund der nicht mehr vorhandenen Akten sei ihm der Beweis von Brückensymptomen verunmöglicht, kann ihm nicht gefolgt werden. Die Frage der Brückensymptome betrifft primär die Zeit nach Abschluss des Grundfalls, eine Zeit also, in welcher bei der Beschwerdegegnerin so oder so keine Akten vorhanden waren, weil der Beschwerdeführer keinen Leistungen mehr angemeldet bzw. beansprucht hatte. Der Beschwerdeführer macht denn auch nicht geltend, er habe in dieser Zeit Rückfälle oder ähnliches gemeldet. Stattdessen rechnete er sämtliche Leistungen über seine Krankenversicherung ab. Daher ist in der Vernichtung der Akten durch die Beschwerdegegnerin, auch wenn sie mit einem Fragezeichen zu versehen ist, kein Grund zu sehen, um von einer Beweislastumkehr auszugehen. Es obliegt damit weiterhin dem Beschwerdeführer, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den im September 2018 gemeldeten Beschwerden und dem Unfallereignis mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, und er trägt dementsprechend die Folgen der Beweislosigkeit.

5.1 Zwischen den Parteien ist weiter umstritten, ob Brückensymptomen vorliegen. Zwischen dem im September 2001 formlos abgeschlossenen Grundfall und der Rückfallmeldung im September 2018 liegen 17 Jahre. Nach einer derart langen Zeitdauer müssen rechtsprechungsgemäss eindeutige und deutliche Brückensymptome vorhanden sein, damit überhaupt das Vorliegen eines Rückfalles oder von Spätfolgen zum ursprünglichen Unfallereignis bejaht werden kann. Ob Brückensymptome angenommen werden können, wird in der Regel gestützt auf medizinische Aussagen beurteilt. Brückensymptome können relativ harmloser Natur sein und dürfen nicht nur dann anerkannt werden, wenn sie durchgängig ärztlich behandelt wurden (Urteil des Bundesgerichts vom 26. August 2008, 8C_433/2007). Präventions- und Wellnessmassnahmen, wie z.B. ganzheitliche Massagen oder Fussreflexzonenmassagen, genügen jedoch grundsätzlich nicht als Brückensymptome (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juli 2013, 8C_271/2013, E. 4).

5.2 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass er gar keine Brückensymptome darlegen müsse, da die Beschwerdegegnerin die Akten vernichtet habe. Wie bereits in Erwägung 4.3 hiervor ausgeführt, waren für die Zeitspanne, in welcher der Beschwerdeführer die Brückensymptome nachzuweisen hat, bei der Beschwerdegegnerin gar keine medizinischen Akten vorhanden, weshalb es bei der ordentlichen Beweislastverteilung bleibt.

5.3.1 Mit seinen Eingaben vom 26. Februar 2020 und vom 16. März 2020 reichte der Beschwerdeführer Unterlagen zu den Akten, die Brückensymptome belegen sollen. Es handelt sich einerseits um Aufzeichnungen über Massagebehandlungen im Zeitraum von 2010 bis 2015. Mit Eingabe vom 16. März 2020 reichte er zudem Belege für eine Shiatsu-Behandlung von Januar 2006 bis Juni 2008 ein, die ihm von der Klinik H._____ verordnet wurde. Gleichzeitig verwies er auf eine Email von Dres. med. M. und G._____ vom 13. März 2020, in der bestätigt wird, dass er aufgrund der unfallbedingten Residualbeschwerden nach der Operation lange Zeit in der Klinik H._____ in Behandlung gewesen sei. Diese Aktenstücke geben zwar Hinweise auf gewisse Brückensymptome, genügen aber noch nicht, um eindeutige Brückensymptome zu belegen. Sie sind deshalb mit weiteren echtzeitlichen medizinischen Berichten abzugleichen.

5.3.2 In den Akten liegt der Inspektorenbericht vom 27. September 2018, in welchem die ganze Krankengeschichte, die der Beschwerdeführer aufgelistet hat, wiedergegeben und festgehalten wird (act. K 44). Der wichtigste Bericht aus diesen Unterlagen ist der Abklärungsbericht des Radiologen Dr. med. J._____ vom 17. Mai 2004 (act. M 13), der ca. fünf Jahre nach dem Unfall bzw. dem Operationsdatum und zweidreiviertel Jahre nach der Leistungseinstellung erstellt wurde. Als Indikation für die Untersuchung wird ein Status nach Plattenspondylodese C4/5 nach Berstungsfraktur festgehalten. Radiologisch diagnostiziert werden eine ventrale Plattenspondylodese C5/6 mit normalen postoperativen Verhältnissen ohne Anzeichen einer Instabilität oder von chronisch entzündlichen Veränderungen, eine vollständige Verknöcherung des Bandscheibenraums C5/6, eine mittelschwere Oesteocondrose mit Uncarthrosen und Spondylophyten C5/6 und dadurch bedingte beidseitige diskrete recessale Einengungen, allseits keine foraminale Stenosen, eine mittelschwere Arthrose in der gelenkigen Verbindung zwischen vorderem Atlasbogen und Dens. Dem Anschlussbericht betreffend das ergänzende MRI der HWS vom 3. Juni 2004 (act. M 12) kann als radiologische Diagnose eine Streckhaltung der HWS und diskrete kyphotische Fehllhaltung C5 bis C6 entnommen werden. Es beständen keine Diskushernien oder anderweitige Neurokompressionen, keine fokalen Läsionen des zervikalen Rückenmarks und keine posttraumatische Syrinx. Die Halsmuskulatur sei wenig kräftig ausgebildet und untrainiert. Raumforderungen im Verlauf des Plexus brachialis würden keine vorliegen. Es bestehe eine Dysfunktion der Rotation des kraniozervikalen Übergangs nach rechts (funktionelle Blockwirbel) als Hinweis für ein oberes Zervikalsyndrom.

5.3.3 Weiter liegt ein Schreiben des Beschwerdeführers an Dr. med. K._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 20. März 2013 (act. M 60) bei den Akten. Darin schreibt der Beschwerdeführer von täglich präsenten Beschwerden, die manchmal so gross seien, dass er Opiumderivate wie Tramaltropfen oder Zaldiar einnehmen müsse. Wenn die Beschwerden zu stark würden, benötige er Kortison und Voltarenspritzen. Weiter beschreibt er seine Halswirbel als instabil.

5.3.4 Im Bericht vom 25. Mai 2004 (act. M 123) hält Dr. med. L._____, FMH Neurologie, gegenüber Dr. G._____ fest, dass bereits vor dem Unfall vom 4. September 1999 permanente Zervikalgien und intermittierende Sensibilitätsstörungen der Finger 4 und 5 rechts in Form von Kribbelparästhesien bestanden hätten. Nachdem die unfallbedingte HWK5-Fraktur mit einer ventralen Platte versorgt worden sei, sei es dem Patienten in Bezug auf den Nacken besser gegangen.

Zervikalgien würden seitdem schnell und anhaltend auf Ponstan ansprechen. Vor ungefähr einem Jahr sei bei Belastung der Arme ein Schmerz im Bereich des Ellbogens rechts mehr als links aufgetreten. Später sei ein Schwellungsgefühl der Finger 2 und 3 hinzugetreten und der Schmerz habe sich vornehmlich in die Extensorengruppe des Unterarms, gering auch in den Oberarm, ausgedehnt. In der Beurteilung kommt Dr. L._____ zum Schluss, dass eine rechtsbetonte Epicondylitis lateralis humeri vorliege. Hinweise für ein radikuläres Geschehen fänden sich nicht.

5.4 Bei der Beurteilung der Brückensymptome ist zu berücksichtigen, dass eine verfrühte Anschlussdegeneration zumindest als Teilursache der heutigen Beschwerden in Frage kommt. Eine derartige degenerative Entwicklung benötigt per se Zeit. In Anbetracht dieses Umstands und gestützt auf die echtzeitlichen Berichte sind eindeutige Brückensymptome mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit rechtsgenügend erstellt.

6.1 Zwischen den Parteien ist weiter umstritten, ob die medizinischen Unterlagen eine Verneinung des Leistungsanspruchs durch die Beschwerdegegnerin zulassen, indem aus ihnen klar hervorgeht, dass der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den ab dem Jahr 2017 bestehenden Beschwerden zu verneinen ist.

6.2.1 Folgende wesentlichen medizinischen Berichte liegen bei den Akten:

6.2.2 Unter den medizinischen Unterlagen findet sich der bereits in Erwägung 5.3.4 hiavor zitierte Bericht von Dr. L._____ an Dr. G._____ vom 25. Mai 2004 (act. M 123).

6.2.3 Prof. Dr. med. M._____, Abteilung Rheumatologie des Spitals C._____, diagnostiziert im Bericht vom 5. Juni 2018 (act. M 28) eine unklare Handgelenksarthritis (EM 2016) mit aktuell persistierenden Handgelenksschmerzen rechts, eine Arterielle Hypertonie, ein Karpaltunnelsyndrom rechts mit Operation Oktober 2016, ein makrozytäres Blutbild, ein Status nach Prostataektomie und nach zweifacher Halswirbelfraktur. Der Patient verspüre seit ca. drei Jahren andauernde Schmerzen in der rechten Hand, ohne vorhergehendes Trauma. Initial habe insbesondere ein Taubheitsgefühl in den Fingern der rechten Hand bestanden, eine Operation des Karpaltunnels habe keine Besserung gebracht. Ob sich die Schmerzen in der aktuellen Qualität erst nach der CTS Operation manifestiert hätten, sei dem Patienten nicht erinnerlich. Er beschreibe einen belastungs- und berührungsabhängigen Schmerz der gesamten Hand, gelegentlich auch mit einem ausstrahlenden Brennen in die Hand/den Unterarm, morgendlich und abends verstärkt, bei Bewegung auch intermittierendes Krampfgefühl in der Hand. Initial sei auch eine Schwellung am Handgelenk rechts aufgetreten, mit Ansprechen auf Voltaren. Eine perorale Therapie mit Prednison 12,5 mg habe allerdings keine Besserung gebracht. Seit den Operationen im Januar und April bestünden unveränderte Schmerzen im rechten Handgelenk. Gelegentlich würden sich Nackenverspannungen nach Stauchungstrauma zeigen, aber keine lumbalen Rückenschmerzen und keine weiteren peripheren Gelenkschmerzen.

6.2.4 Im Bericht des Spitals C._____, Abteilung Radiologie und Nuklearmedizin, Muskuloskeletale Diagnostik, vom 15. August 2018 (act. M 47) werden ein Status nach Stabilisierung

HWK4/5 mit fortgeschrittener Degeneration der Anschlusssegmente, eine osteodiskogene, höhergradige Neuroforaminalstenose beidseits auf Höhe HWK3/4 und eine mässige Neuroforaminalstenose beidseits auf Höhe HWK 6/7 festgehalten.

6.2.5 Prof. D. _____ diagnostiziert mit Bericht vom 27. September 2018 (act. M 32):

1. Chronische Schmerzen Handgelenk/Handwurzel rechts

- A.e. degenerativ, DD Radikulopathie, DD CRPS
- St. n STT Arthrodesse rechts am 11. Januar 2018
- St. n. arthroskop. Resektion des distalen Kahnbeinpols rechts am 4. April 2018
- MRI Handgelenk rechts im September 2017: Radiokarpale Arthritis, Tendovaginitis Flexor carpi radialis
- MRI Handgelenk rechts im Juni 2018: Fortgeschrittene degenerative Veränderungen des STT-Gelenks mit postoperativen Veränderungen. Ganglion radiocarpal und pisotriquetral. Zentraler TFCC Defekt. Läsion der volaren und zentralen SL-Bandzügel
- MRI HWS 14. August 2018: Status nach Stabilisierung HWK 4/5 mit fortgeschrittener Degeneration der Anschlusssegmente. Osteodiskogene, höhergradige Neuroforaminalstenose beidseits auf Höhe HWK 3/4. Mässige Neuroforaminalstenose beidseits auf Höhe HWK 6/7

2. Dupuytren-Kontraktur 2. und 5. Strahl rechte Hand

- St. n. Dupuytren-Kontrakturoperation vor mehreren Jahren

Aufgrund der weiterhin bestehenden chronischen Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenkes werde die Diagnostik erweitert, da sich trotz adäquater Behandlung der degenerativen Veränderungen des Handgelenkes und der Handwurzel keine Besserung der Beschwerden gezeigt habe. Die rheumatologische Vorstellung des Patienten habe keine Hinweise auf eine rheumatologische Ursache ergeben. Eine neurologische Abklärung der Beschwerden habe keine Hinweise auf eine Radikulopathie C6 oder C7 rechts ergeben. Die Elektroneurographie zeige leichte chronische Degenerationszeichen, welche am ehesten hinweisend auf eine Läsion des Nervus ulnaris rechts seien, am ehesten bei Status nach Neurolyse. Es sei eine probatorische Therapie mit Lyrica begonnen worden. Im MRI des rechten Handgelenks vom Juni dieses Jahres würden sich ein TFCC Defekt sowie eine Läsion der volaren und zentralen SL-Band Zügel zeigen, dies erkläre aber die Beschwerden des Patienten nicht. Ein MRI der HWS zeige eine Foraminalstenose HWK 3/4 sowie HWK 6/7. Zur weiteren Beurteilung werde sich der Patient in der spinalchirurgischen Sprechstunde vorstellen. Ebenfalls werde sich der Patient zur Therapie der chronischen Schmerzen in der Schmerztherapie bei Prof. N. _____ vorstellen. Aufgrund der geschilderten Schmerzsymptomatik sei der Patient aktuell nur zu 50% arbeitsfähig. Die massiven belastungsabhängigen Beschwerden der rechten Hand verhinderten eine Steigerung jeglicher handwerklichen sowie auch Büroarbeiten. Eine Prognose zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht möglich.

6.2.6 Mit Bericht vom 25. November 2018 hält Dr. E. _____ (act. M 39) zusammenfassend fest, es bestehe kein Beweis, dass die Schmerzen im rechten Handgelenk eine mindestens wahrscheinliche Unfallfolge seien. Es sei möglich, dass die mässige Neuroforaminalstenose von

HWK6/7 Reizsymptome aus der gleichnamigen Wurzel verursache. Allerdings liege diese Wurzel nicht dem frakturierten Halswirbel 5 an und das Segment HWK6/7 sei dasjenige, das sehr häufig degenerative Veränderungen bei Personen im Alter von 61 Jahren aufweise. Die eher altersphysiologisch statt posttraumatisch einzustufende Veränderung werde durch die geringen degenerativen Veränderungen des Segments HWK5/6, das der Fraktur anliege, gestützt. Schliesslich sei hervorzuheben, dass Schmerzen im Handgelenk kein gängiges Symptom einer Radikulopathie seien und die Parästhesien in der rechten Hand ebenfalls nicht Folge einer Radikulopathie seien, da vier sensible Wurzeln HWK6, 7, 8 und Th 1 aus dem Halsmark die Hand versorgen würden. Die geltend gemachten Schädigungen an der rechten Hand seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge des Ereignisses vom 4. September 1999.

6.2.7 In seiner Stellungnahme vom 16. Dezember 2018 (act. M 43) führt Dr. E.____ aus, die Beschwerden an der rechten Hand seien nicht durch eine Reizung der zervikalen Nervenwurzeln zu erklären. Zu Recht sei von der Handchirurgie des Spitals C.____ Basel eine lokale Schmerzursache vermutet worden. Eine Reizung der zervikalen Nervenwurzeln verursache keine solchen Schmerzen. Es sei daher bereits klinisch unwahrscheinlich, dass sie mit dem Unfall von 1999 in ursächlicher Verbindung stünden. Dass die durchgeführten handchirurgischen Massnahmen keine Auflösung der Schmerzen gebracht hätten, sei kein Beweis für eine Verursachung durch zervikale Nervenwurzeln. Die Bildgebung unterstütze den Erklärungsansatz einer zervikalen Nervenwurzelreizung nicht. Die MRI-Bilder vom 15. August 2018 würden eine breitbasige Bandscheibenprotrusion auf Niveau HWK6/7 ohne relevante Spinalkanaleinengung und mässige Neuroforaminalstenose beidseits durch Retrospondylophyten zeigen. Es handle sich nicht um eine Pathologie, die zu Handgelenksschmerzen führe. Es handle sich auch nicht um ein Halswirbelsegment, das dem der Fraktur von HWK4/5 anliege. Somit könne es sich auch nicht um eine indirekte Spätfolge handeln, umso mehr als das anliegende Segment HWK5/6 deutlich weniger verändert sei als dasjenige von HWK6/7.

6.2.8 Prof. F.____ diagnostiziert im Bericht vom 8. Januar 2019 (act. M 89) eine Zervikobrachialgie rechts bei Status nach ventraler Stabilisation C4/5 bei Fraktur 1999 und Anschlussdegeneration C3/4 und C5/6 und C6/7 mit Foraminalstenosen C3/4 rechts betont sowie C5/6 und C6/7 rechts betont. Im Sinne von weiteren Diagnosen erwähnt Prof. F.____ den Status nach Dupuytren-Operation rechts und den Status nach CTS-Operation rechts. Das MRI HWS vom 14. August 2019 zeige einen Status nach ventraler Stabilisation C4/5 sowie eine fortgeschrittene Degeneration der Anschlusssegmente C3/4 und C4-C7 im Sinne von Osteochondrosen mit ventralen Spondylosen und überbrückenden Spondylophyten mit rechts betonten Foraminalstenosen C3/4 sowie C5-C7. Insgesamt bestehe eine kyphotische Fehlstellung der HWS. In seiner Beurteilung hält Prof. F.____ fest, der Patient leide an einer chronischen Zervikobrachialgie rechts. Die Kribbelparästhesien würden am ehesten zu C6 und C7 passen. Aktuell würden sich keine sensomotorischen Defizite finden lassen. Als bildmorphologisches Korrelat fänden sich die schweren Anschlussdegenerationen, betont auf Höhe C5-C7 mit rechtsbetonten Foraminalstenosen. Da keine sensomotorischen Defizite bestehen würden, sehe er zurzeit aus seiner Sicht keine Indikation für eine operative Dekompression und Verlängerung zur Stabilisation nach C7. Die Schmerzen im Handgelenk und Vorderarm seien für ihn eher lokalen Ursprungs. Diese würden durch eine HWS-Operation nicht gebessert.

6.2.9 Im Bericht der Abteilung Anästhesie des Spitals C._____ vom 21. Januar 2019 (act. M 64) wird Folgendes diagnostiziert:

1. Zervikobrachialgie rechts
 - bei Status nach ventraler Stabilisation C4/5 bei Fraktur 1999
 - Anschlussdegeneration C3/4 und C5/6 und C6/7 mit Foramina stenosen C3/4 rechtsbetont sowie C5/6 und C6/7 rechtsbetont
2. Persistierende Handgelenks-/Vorderarm Schmerzen rechts, ES 2015
 - Ohne rheumatologische Ätiologie
 - MRI September 2017: Radiokarpale Arthritis, Tendovaginitis Flexor carpi radialis
 - Status nach diagn. Arthroskopie STT und Handgelenk, Resektion des distalen Pols des Scaphoids, Shaving einer TFCC-Läsion, Cortisoninfiltration, Resektion des Knotens an der proximalen Phalanx Dig V (DD Epithelzyste), Tenorarthrolyse PIP Dig V
 - Status nach Styloidektomie Hand rechts (2018)
 - Status nach Karpaltunneloperation, Nervus ulnaris Transposition (2015)

Der Patient berichte von zwei Schmerzlokalisationen, einerseits im Nacken rechts, Ausstrahlung über die Schulter bis in den lateralen Oberarm, Kribbelparästhesien der Finger 4 und 5 bzw. Taubheitsgefühl in Finger 2 und 3, andererseits im Handgelenk rechts mit Ausstrahlung vor allem im palmaren Unterarm bis zum Ellbogen, belastungsabhängig. In der Beurteilung wird festgehalten, dass es sich bei den Beschwerden um eine rechtsseitige Zervikobrachialgie sowie um rechtsseitige lokale Handgelenksbeschwerden handle. Die Handgelenksbeschwerden seien nicht ganz klar einem peripheren Nerv zuordenbar, wobei sich die Schmerzqualität am ehesten als neuropathisch präsentiere. Bezüglich der HWS-Beschwerden werde ein Termin in der interdisziplinären Wirbelsäulensprechstunde organisiert, um dem Patienten Vorschläge für infiltrative Massnahmen machen zu können. Hinsichtlich der neuropathischen Beschwerden im Handgelenksbereich schlage man eine Behandlung mit Surmontil/Saroten bzw. Lyrica/Neurontin vor.

6.2.10 Dr. I._____ hält im Schreiben vom 26. März 2019 (act. M 106) fest, dass er den Versicherten wegen der Halswirbelsäule nur einmal im September 2001 behandelt habe. Weitere Behandlungen hätten nicht mehr stattgefunden.

6.2.11 Prof. D._____ diagnostiziert im Bericht vom 6. August 2019 (act. M 136):

1. Chronische Schmerzen Handgelenk und Arm rechts sowie cervical, ED 2015, am ehesten degenerativ bedingt, DD bei Radikulopathie
 - Status nach STT-Arthrodesese rechts am 11. Januar 2018
 - Status nach arthroskopischer Resektion des distalen Kahnbeinpols rechts am 4. April 2018
 - MRI Handgelenk rechts September 2017: Radiokarpale Arthritis, Tendovaginitis Flexor carpi radialis

- MRI Handgelenk rechts am 14. Juni 2018: Fortgeschrittene degenerative Veränderungen des STT-Gelenks mit postoperativen Veränderungen. Ganglion radiocarpal und pisotriquetral. Zentraler TFCC Defekt. Läsion der volaren und zentralen SL-Bandzüge.
- Status nach Karpaltunnel-Operation und Nervus ulnaris-Transposition 2015 rechts;
- 2. Dupuytren-Kontraktur 2. und 5. Strahl der rechten Hand bei Status nach Dupuytren-Kontraktur-Operation vor mehreren Jahren;
- 3. Zervikobrachialgie rechts bei
 - Status nach ventraler Stabilisation C4/5 bei Fraktur 1999
 - Anschlussdegeneration C3/4 und C5/6 und C6/7 mit Foramenstenosen (Einengung des Nervenaustrittslochs) C3/4 rechtsbetont sowie C5/6 und C6/7 rechtsbetont

In der Beurteilung hält Prof. D._____ fest, dass der Patient an einer chronischen Zervikobrachialgie rechts und degenerativen Veränderungen im rechten Handgelenk leide, welche die chronischen Schmerzen und gelegentlichen Kribbelparästhesien erklären würden. Aktuell habe der Patient jedoch Lebensqualität, könne mit der Situation gut umgehen und es bestehe ein stabiler Zustand, der ihm eine Arbeitstätigkeit von 50 % erlaube. Es sei jedoch nicht mit einer Besserung zu rechnen. Die Behandlung werde daher abgeschlossen. Empfohlen würden weiterhin regelmässige Termine in der Klinik H._____ und physiotherapeutische Massnahmen.

6.2.12 Mit Einschätzung vom 29. September 2019 (act. M 139) hält Dr. E._____ fest, dass kein Zweifel bestehe, dass die operative Versteifung der Segmente C4/C5 durch die Spondylodese das Risiko einer verstärkten „Abnutzung“ der Halswirbel unmittelbar oberhalb und darunter (Anschlusssegmente) berge, die zu neurologischen Symptomen (Schmerzen, Kribbelparästhesien, Dysästhesien) und Zeichen (Sensibilitätsminderung, Schwäche) führen könnten. Beim Versicherten bestünden radiologische Zeichen einer Degeneration (Abnutzung) in den Anschlusssegmenten. Allerdings habe die Elektroneurographie vom 11. Dezember 2017 respektive die im Bericht von Prof. D._____ undatiert erwähnte Abklärung keine Beeinträchtigung der Wurzeln C3/C4 oder C5/6 nachgewiesen. Die Wirbelsegmente C5/C6 und C6/7 würden auch ohne Fusion (Spondylodese) C4/5 besonders degenerativen Mechanismen unterliegen und somit bevorzugt Symptome und klinische Zeichen verursachen. Beim Versicherten bestehe – laut MRI-Bericht vom 15. August 2018 – eine „höhergradige“ Degeneration von C6/7 als von C5/6, und dies neun (recte: 19) Jahre nach dem Unfall, so dass es nicht überrasche, dass sich auch das Segment C5/6 degenerativ verändert habe, da es zwischen den beiden Segmenten liege, die eine verminderte Beweglichkeit (C4/5, spondylodesiert und C6/7, degenerativ verändert) zulassen würden, und daher besonders stark durch die Abnutzung bei Bewegungen des Kopfs und Nackens belastet werde. Es müsse damit gerechnet werden, dass zukünftig die Spondylodese C4/5 auf die unteren Segmente erweitert werde, wie dies der Bericht von Prof. F._____ vom 8. Januar 2019 in Aussicht stelle. Gegenwärtig seien jedoch keine Befunde dokumentiert, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine richtunggebende Änderung des günstigen Verlaufs der Behandlung der Fraktur C4/5 zeigen würden. Die Beschwerden im Handgelenk und diejenigen, die den Funktionsstörungen der Unterarmnerven rechts zugeschrieben worden seien, seien unfallfremd. Die Handgelenksarthrititis rechts sei ebenfalls unfallfremd.

6.2.13 In seiner Stellungnahme vom 30. November 2019 (act. M 139) führt Dr. E._____ zusammenfassend aus, dass die Hauptargumente, die für einen kausalen Zusammenhang zwischen den Beschwerden im rechten Arm und einer Anschlussdegeneration sprechen würden, nämlich eine klare radiologische Feststellung entsprechender Veränderungen oder klare klinische oder elektrophysiologische Befunde, nicht vorhanden seien. Dies bedeute nicht, dass eine verstärkte Degeneration der Wirbelsegmente HWK5/6 zukünftig ausbleibe. Die Spondylodese HWK4/5 und die fortgeschrittene Degeneration von HWK6/7 würden zu einer vorzeitigen oder frühen Degeneration von HWK5/6 prädisponieren. Die Kausalitätsbeurteilung möge zukünftig zu bejahen sein, wenn die Klinik, Bildgebung und Elektrophysiologie dies übereinstimmend aufzeigen würden. Aktuell bestehe dieser Nachweis jedoch nicht. Es sei hervorzuheben, dass die wirbelsäulenchirurgischen Berichte keine oder kaum klinische Befunde enthalten würden. Selbst die Beschreibung der Symptome sei sehr allgemein gehalten. Es lasse sich somit auch im Nachhinein keine fundierte versicherungsmedizinische Kausalitätsbeurteilung durchführen. Beziehe man sich auf die angegebenen Kribbelparästhesien in den Fingern IV und V (Ring- und Kleinfinger) respektive das Taubheitsgefühl in den Fingern II und III (Zeige- und Mittelfinger), so handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um Manifestationen der Wurzeln C5 oder C6, allenfalls um Störungen der Wurzeln C7 und C8. Allerdings sei die Differenzialdiagnose damit nicht ausgeschöpft. Der Versicherte sei bekanntlich mehrfach an den peripheren Nerven des rechten Unterarms operiert worden. Zudem habe er sich einer interventionellen Therapie der rheumatologischen Erkrankung des rechten Handgelenks unterzogen. Die Beschwerden im Nacken und rechten Arm seien komplex.

6.2.14 Prof. F._____ diagnostiziert im Bericht vom 19. Februar 2020 (Beilage Eingabe des Beschwerdeführers vom 26. Februar 2020) eine Zervikobrachialgie beidseits bei Status nach Fraktur-Spondylodese C4/5 von ventral mit Platte 1999, Anschlusssegmentdegeneration C3/4 mit hochgradigen Foraminalstenosen bds., Anschlusssegmentdegeneration C5/6 mit mässigen Foraminalstenosen bds., und Osteochondrose C6/7 mit mässiger Einengung beider Foramina linksbetont.

6.2.15 Mit Bericht vom 25. März 2020 (Beilage Duplik) hält Dr. E._____ fest, dass in keinem der Berichte von Prof. F._____ ein Befund festgehalten werde, der mit hoher Zuverlässigkeit eine zervikale Radikulopathie oder Myelopathie beschreibe. Es seien in dieser Zeit auch keine neurologische Untersuchungen beigezogen worden, um eine radikuläre oder myelopathische Ursache der Beschwerden zu dokumentieren. Sofern eine Ursachenvermutung genannt worden sei, sei sie nicht erklärt oder bewiesen, sondern stipuliert worden. Die MRT Befunde der HWS vom 14. August 2018 und vom 17. Januar 2020 würden auf eine Zunahme der degenerativen Veränderungen hinweisen, deren Ursache nur bezüglich des Segments C3/C4 empirisch mit dem Unfall von 1999 ursächlich verbunden werden könnte, da es in direktem Kontakt mit den frakturierten Halswirbeln C4/C5 stehe. Allerdings seien für C3/C4 keine radikulären Symptome oder motorischen Störungen beschrieben worden. Ob die Nackenschmerzen mit den degenerativen Veränderungen dieser Wirbelsegmente in ursächlicher Verbindung stehen würden, könne wegen der diffusen myofaszialen Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Die im Bericht von Prof. F._____ beschriebenen Parästhesien entstünden durch Funktionsstörungen der

Nerven im Dermatome C7, dessen Wurzeln in den Foramina zwischen C6 und C7 liegen. Die Wirbel C6 und C7 mit den Foramina C6/C7 würden den Frakturen der Wirbel C4/C5 nicht anliegen. Es lasse sich aus den MRT von 2018 und 2020 ableiten, dass die Degeneration der Wirbelsäule im Segment C6/7 deutlich weiter fortgeschritten sei als im Segment C5/C6. Die Beschwerden des Versicherten seien wesentlich besser mit nervlichen Funktionsstörungen im frakturentfernten Segment C6/7 vereinbar. Es sei daher überwiegend wahrscheinlich, dass die aktuellen Beschwerden und die der letzten Jahre nicht durch die Frakturen von C4/C5 oder einem anliegenden Segment verursacht worden seien und daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit direkt oder indirekt (Pathologie in den Anschlusssegmenten) unfallkausal seien.

6.2.16 Dr. I.____ hält in seiner Stellungnahme vom 2. Juni 2020 (Beilage Eingabe des Beschwerdeführers vom 3. Juni 2020) fest, dass er den Patienten seit vielen Jahren kenne und ihn auch immer wieder wegen seiner Halsproblematik behandelt habe. Er diagnostiziert posttraumatische Zervikobrachialgien beidseits bei Status nach ventraler Fraktur Spondylodese C4/C5 1999, Folge-Segmentdegeneration C3/C4 mit hochgradigen Foraminalstenosen beidseits, Folge-Segmentdegeneration C5/C6 mit mässigen Foraminalstenosen beidseits, Folge-Osteochondrosen C6/C7 mit mässiger Einengung beider Foramina links betont. Aufgrund der Degeneration C5/C6 mit Bewegungseinschränkung sei es zu einer Abnützung C6/C7 mit Osteochondrose und mässiger Einengung beider Foramina links betont gekommen. In einer Vielzahl von Publikationen sei bewiesen worden, dass im Anschluss an eine Spondylodese in vielen Fällen Anschlusssegmentdegenerationen der übrigen HWS zu beobachten seien. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wäre es ohne Fraktur nicht zu diesen Veränderungen an der HWS gekommen. Diese Meinung vertrete auch Prof. F.____ in seinem Bericht vom 19. Februar 2020. Primär seien immer die unmittelbar benachbarten Wirbelkörper betroffen, im weiteren Verlauf auch die nächstfolgenden. Bereits 2004 seien degenerative Veränderungen zwischen C3 und C7 festgestellt worden, was seiner Auffassung nach klar als Folge der Spondylodese zu werten sei.

6.3 Die Beschwerdegegnerin stütze sich auf die Einschätzung von Dr. E.____, der einen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden in Arm, Hand und Nacken sowie dem damaligen Unfallereignis bzw. der Folgen der Spondylodese HWK C4/5 verneint. Damit ist klar, dass die Beweisregel zu den versicherungsinternen ärztlichen Berichten zur Anwendung gelangt (vgl. dazu Erwägung 3.7 hiavor).

6.4.1 Der Beschwerdeführer beruft sich auf die Beurteilung seiner behandelnden Ärzte. Diese würden einen Kausalzusammenhang zwischen Unfall, Operation und den heutigen Beschwerden bejahen.

6.4.2 Einerseits stützt er sich auf den Bericht von Prof. D.____ vom 6. August 2019 (vgl. Erwägung 6.2.11 hiavor). Im Rahmen der Anamnese und des Befunds führt Prof. D.____ aus, dass der Patient keine konstanten Schmerzen mehr im Handgelenk habe, sondern nur noch bei Überlastung und schwerer körperlicher Tätigkeit sowie auch bei längerem Autofahren. Die Schmerzen seien jedoch mit Schmerztherapie gut kompensierbar, aktuell erhalte der Patient regelmässig zervikale Infusionstherapie an die Nervenwurzel und orale Analgesie, um die Nervenkompression

und Entzündung aufgrund der durch eine Plattenspondylodese bedingten degenerativen Veränderungen der anschliessenden Wirbelkörper nach Unfall zu lindern. Die Beschwerdegegnerin vertritt diesbezüglich in der Beschwerdeantwort die Auffassung, wonach es sich dabei lediglich um die Wiedergabe der Einschätzung des Beschwerdeführers handle. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Der Befund ist so zu verstehen, dass die Plattenspondylodese degenerative Veränderungen in den anschliessenden Wirbelkörper verursacht, die zu einer Nervenkompression und Entzündungen führen. Dies wird insbesondere aufgrund der von Prof. D.____ gestellten Diagnose 3 (Zervikobrachialgie rechts bei Status nach ventraler Stabilisation C4/5 bei Fraktur 1999 und Anschlussdegeneration C3/4 und C5/6 und C6/7 mit Foramenstenosen C3/4 rechtsbetont sowie C5/6 und C6/7 rechtsbetont) deutlich. In den Akten findet sich zudem eine Email von Prof. D.____ an den Beschwerdeführer vom 22. Januar 2018 (act. K 22). Darin hält er auf Anfrage des Beschwerdeführers fest, dass die Schmerzen in der Hand seiner Auffassung nach in einem Zusammenhang mit der Verletzung der Halswirbelsäule stehen würden. Im Weiteren beruft sich der Beschwerdeführer auf die Einschätzung von Prof. F.____ vom 8. Januar 2019 und vom 19. Februar 2020 (vgl. dazu Erwägungen 6.2.8 und 6.2.14 hiavor). Prof. F.____ hält insbesondere in seiner Beurteilung im Bericht vom 19. Februar 2020 explizit fest, dass die posttraumatischen bzw. postoperativen Anschlusssegmentdegenerationen proximal und kaudal mit konsekutivem Lordoseverlust der HWS für die persistierenden Beschwerden des Beschwerdeführers verantwortlich seien.

6.4.3 Prof. F.____ und Prof. D.____ bejahen damit zumindest eine Teilursächlichkeit der Beschwerden zum Unfallereignis vom 4. September 1999. Soweit sich der Beschwerdeführer auf die Stellungnahme von Dr. I.____ vom 2. Juni 2020 beruft, so ist dieses Schreiben nicht ausschlaggebend. Die Beschwerdegegnerin bringt gegen die Einschätzung von Dr. I.____ beachtenswerte Gründe vor, die das Schreiben in Richtung Gefälligkeitsbescheinigung rücken. Da sich Dr. I.____ im Wesentlichen auf die Beurteilung von Prof. F.____ beruft, ist seine Stellungnahme ohnehin nicht von entscheidender Bedeutung.

6.5.1 Zu prüfen ist, ob Dr. E.____ mit seinen Aktenbeurteilungen die Einschätzungen von Prof. F.____ und Prof. D.____ zweifelsfrei so entkräften kann, dass die Beschwerdegegnerin berechtigt war, ohne weitere medizinische Abklärungen eine rechtsgenügeliche Leistungsabweisung zu verfügen.

6.5.2 Zunächst ist der Einwand des Beschwerdeführers zu prüfen, Dr. E.____ verfüge nicht über die notwendige Qualifikation als Facharzt, weshalb seine Beurteilungen grundsätzlich nicht geeignet seien, die klaren Unfallfolgen zu widerlegen. Das Bundesgericht äusserte sich kürzlich zu einer ähnlich gelagerten Frage. Im Urteil vom 19. Mai 2020, 8C_767/2019, führte es in Erwägung 3.3.2 aus, dass ein Gutachten dazu diene, Fachwissen, über welches die Verwaltung oder das Gericht nicht verfüge, in das Verfahren einzuführen. Die rechtliche Beurteilung des Sachverhaltes obliege indessen in jedem Fall dem Rechtsanwender. Vor diesem Hintergrund sei es notwendig, dass ein medizinischer Experte über hinreichendes medizinisches Fachwissen und praktische Erfahrung verfüge. Da es sich bei der Medizin um eine internationale Wissenschaft handelt, müsse dieses Fachwissen und die praktische Erfahrung nicht zwingend in der Schweiz erworben

worden sein. Zwar sei es generell nicht einfach, den Ausbildungsstand eines medizinischen Experten zu beurteilen, so dass dazu im Wesentlichen auf formelle Kriterien wie die vom Arzt erworbenen Facharztstitel abgestellt werden müsse. Das Curriculum von Dr. E. ____ ist im Internet abrufbar. Daraus geht hervor, dass er in der Klinik O. ____ als neurologischer Oberarzt und bei der Versicherung Z. ____ als neurologischer Experte tätig war und seit 2009 SIM-zertifizierter Gutachter ist. Heute führt er eine neurologische Praxis. Zweifel an seiner fachlichen Qualifikation als Neurologe sind damit unbegründet und dem Einwand des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden.

6.5.3 Die Stellungnahmen von Dr. E. ____ können die Beurteilungen von Prof. F. ____ und Prof. D. ____ jedoch nicht entkräften. Entscheidend ist dabei die Beurteilung von Dr. E. ____ vom 29. September 2019 (vgl. dazu Erwägung 6.2.12 hiervor), die er kurz vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids verfasste. Darin anerkennt auch er, dass kein Zweifel bestehe, dass die operative Versteifung der Segmente C4/5 durch die Spondylodese das Risiko einer verstärkten Abnutzung an den Halswirbeln unmittelbar oberhalb und darunter bewirke, die zu neurologischen Symptomen führen können, auch zu Schmerzen, Kribbelparästhesien, Sensibilitätsminderungen und Schwäche. Weiter führt er aus, dass damit gerechnet werden müsse, dass die Spondylodese C4/5 zukünftig auf weitere Segmente erweitert werden müsse, was auch Prof. F. ____ am 8. Januar 2019 in Aussicht gestellt habe. Dessen ungeachtet hält er im nächsten Satz fest, es sei gegenwärtig keine richtungsweisende Veränderung dokumentiert. Diese Einschätzung ist mit deutlichen Zweifeln behaftet. Es ist klar, dass Dr. E. ____ in diesem Bericht implizit zumindest eine Teilursache anerkennt oder zumindest in den Raum stellt und die Beschwerdegegnerin bei dieser Ausgangslage weitere medizinische Abklärungen hätte in die Wege leiten müssen. Stattdessen erliess sie den leistungsabweisenden Einspracheentscheid.

6.6 Die Einschätzung von Dr. E. ____ ist damit mit Zweifeln behaftet, weshalb sie die Beurteilung der behandelnden Ärzte nicht entkräften kann. Die Beurteilungen von Prof. F. ____ und Prof. D. ____ sind aber auch nicht derart klar, dass das Kantonsgericht gestützt darauf ohne Weiteres eine Leistungszusprache verfügen könnte. Unter anderem ist unklar, welche Beschwerden (Hand, Arm, Nacken) durch die posttraumatischen degenerativen Veränderungen der HWS überhaupt ausgelöst werden, und wie sich diese in der Zwischenzeit seit der Rückfallmeldung entwickelt haben. Es besteht somit weiterer Abklärungsbedarf in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt, der als komplex bezeichnet werden kann. Dafür sind offensichtlich spezifische fachärztliche Kenntnisse notwendig. Folglich ist die Angelegenheit wegen Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes im Sinne von Art. 43 ATSG an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein versicherungsunabhängiges Gutachten veranlasse. Dabei sind die Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers gemäss Art. 44 ATSG einzuhalten. Vor Anordnung des Gutachtens kommt ihm der Anspruch zu, sich zur Gutachterperson und zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wird der Beschwerdeführer folglich die Möglichkeit haben, dem Experten bzw. der Expertin allfällige Fragen zu unterbreiten.

7. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage nicht möglich ist. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2019 ist aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen im Sinne der Erwägungen vorzunehmen. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8.1 Art. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 massgebenden Fassung (vgl. dazu Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Juni 2019) 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.

8.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht – wie hier – einen bei ihm angefochtenen Entscheid auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 9. September 2020 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 19 Stunden und 40 Minuten geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 125.30. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'430.20 (19 Stunden und 40 Minuten à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 125.30 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutmachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'430.20 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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