



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 23. Mai 2024 (725 23 232 / 118)

Unfallversicherung

Ein Revisionsgrund ist vorliegend nicht hinreichend dargetan.

Besetzung	Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Katja Wagner
Parteien	A. ____, Gesuchsteller, vertreten durch Jan Herrmann, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel gegen Suva , Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Gesuchsgegnerin
Betreff	Revisionsgesuch (Urteil vom 9.7.2020 i.S. 725 20 53)

A.a Der 1981 geborene A.____ erlitt am 29. Juli 2016 einen Auffahrunfall, wobei er sich eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zuzog. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), bei welcher A.____ obligatorisch gegen Unfälle versichert war, erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen. Am 7. Oktober 2017 kam es zu einem weiteren Unfall, wiederum in Form einer Heckkollision, in deren Rahmen der Versicherte erneut eine HWS-Distorsion erlitt. Die Suva erbrachte auch für dieses Ereignis die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 27. September 2018 stellte die Suva die Leistungen per 31. Oktober 2018 für

beide Ereignisse ein und lehnte einen Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung ab. Die dagegen geführte Beschwerde wies das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 9. Juli 2020 (Verfahren-Nr. 725 20 53 / 163) ab. Dieses Urteil erwuchs unangetastet in Rechtskraft.

A.b Mit Schreiben vom 8. Oktober 2020 gelangte der Versicherte, vertreten durch Dr. Daniel Riner, Advokat, an die Suva. Darin ersuchte er namentlich unter Hinweis auf ein veranlassetes Upright-MRI bzw. einen hierzu ergangenen Bericht vom 15. September 2020 um Revision bzw. Wiedererwägung des Einspracheentscheids vom 31. Dezember 2019. Hierzu wurde im Wesentlichen geltend gemacht, als Novum habe nun ein organisches Substrat bildgebend festgestellt werden können. Am 4. Februar 2021 trat die Suva auf das Gesuch um Revision / Wiedererwägung nicht ein.

A.c Mit Eingabe vom 26. Mai 2023 wandte sich der Versicherte, vertreten durch Jan Herrmann, Advokat, erneut an die Suva und verwies auf einen aktuellen MRT-Bericht vom 10. Februar 2023, wonach nunmehr unfallkausale strukturelle Verletzungen nachgewiesen seien. Gleichzeitig bat er die Suva, ihre Leistungspflicht erneut zu prüfen und einen entsprechenden Entscheid zu fällen. Am 7. Juni 2023 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie dem Gesuch nicht entsprechen würde, da die Angelegenheit durch das Kantonsgericht mit Entscheid vom 9. Juli 2020 materiell beurteilt worden sei.

B. Mit Eingabe vom 2. August 2023 reichte der Versicherte, vertreten durch Advokat Herrmann, ein Revisionsgesuch beim Kantonsgericht ein. Darin beantragte er, es sei das Urteil des Kantonsgerichts vom 9. Juli 2020 in Revision zu ziehen; es sei das Urteil des Kantonsgerichts vom 9. Juli 2020 aufzuheben und die Gesuchsgegnerin zu verpflichten, ihm über das Einstellungsdatum vom 31. Oktober 2018 hinaus die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen und auszurichten. Eventualiter sei ein gerichtliches medizinisches Gutachten zur Klärung der Leistungspflicht der Gesuchsgegnerin einzuholen und anschliessend neu über den Leistungsanspruch zu entscheiden. Subeventualiter sei die Streitsache an die Gesuchsgegnerin zurückzuweisen und es sei diese zu verpflichten, ein medizinisches Gutachten nach Art. 44 ATSG einzuholen und über den Leistungsanspruch des Gesuchstellers zu entscheiden; unter o/e Kostenfolge. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass das Kantonsgericht im Urteil vom 9. Juli 2020 auf der Grundlage der damals vorliegenden medizinischen Akten keine organisch fassbaren und bildgebend objektivierbaren Befunde für die anhaltenden Beschwerden habe feststellen können. Mit der Bildgebung vom 9. Februar 2023 bzw. dem Befundbericht vom 10. Februar 2023 würde nun ein Beweis für strukturelle Unfallfolgen vorliegen, zumal sämtliche alternativen Krankheitsursachen hätten ausgeschlossen werden können.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 17. Oktober 2023 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten sowohl der Gesuchsteller mit Rep-
lik vom 8. November 2023 als auch die Gesuchsgegnerin mit Duplik vom 28. November 2023
an ihren Anträgen und Standpunkten fest.

Auf die Vorbringen der Parteien ist – soweit notwendig – in den nachfolgenden Erwägungen
einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Streitgegenstand bildet das Revisionsgesuch des Versicherten vom 2. August 2023.
Dieses richtet sich gegen das Urteil des Kantonsgerichts vom 9. Juli 2020. Darin bestätigte das
Kantonsgericht den Einsprachentscheid der Suva vom 31. Dezember 2019, mit welchem Letz-
tere die gesetzlichen Leistungen eingestellt sowie einen weiteren Anspruch auf Geldleistungen
in Form einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung abgelehnt hatte.

1.2 Beim Revisionsgesuch handelt es sich um ein ausserordentliches Rechtsmittel, das
sich in der Regel gegen einen rechtskräftigen Beschwerdeentscheid richtet (BSK-ATSG-
SUSANNE BOLLINGER, Art. 61 N 101). Als ausserordentliches Rechtsmittel ist die Revision ge-
genüber dem ordentlichen Rechtsmittel der Beschwerde grundsätzlich subsidiär. Dies bedeutet,
dass eine Partei einen Revisionsgrund als Beschwerdegrund im ordentlichen Rechtsmittelver-
fahren geltend zu machen hat, wenn ihr dies möglich und zumutbar ist (BGE 138 II 386 E. 5.1
mit Hinweisen). Wie eingangs dargelegt, erwuchs das Urteil des Kantonsgerichts vom 9. Juli
2020 nach unbenutztem Ablauf der Beschwerdefrist in Rechtskraft.

2.1 Gemäss Art. 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversiche-
rungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 bestimmt sich das Verfahren vor dem kantonalen
Versicherungsgericht – unter dem hier nicht weiter interessierenden Vorbehalt von Art. 1 Abs. 3
des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 – nach kantona-
lem Recht, wobei dieses verschiedenen, in Art. 61 ATSG festgehaltenen Anforderungen zu ge-
nügen hat. So muss nach dessen lit. i die Revision von Entscheiden wegen Entdeckung neuer
Tatsachen oder Beweismittel oder wegen Einwirkung durch Verbrechen oder Vergehen ge-
währleistet sein. Über die Festlegung dieser Revisionsgründe hinaus überlässt Art. 61 ATSG
die Ausgestaltung des Revisionsverfahrens dem kantonalen Recht. Dieses hat etwa festzule-
gen, innert welcher Fristen Revisionsbegehren einzureichen sind (UELI KIESER, ATSG-
Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 61 Rz. 250; vgl. auch BSK-ATSG-
SUSANNE BOLLINGER, a.a.O., Art. 61 N 101).

2.2 Das kantonale Recht regelt in § 23 Satz 1 VPO, dass für die Revision der Urteile des
Kantonsgerichts sinngemäss die Bestimmungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes Basel-
Landschaft (VwVG BL) vom 13. Juni 1988 gelten. Demnach kann das Revisionsverfahren vor
dem Kantonsgericht nur auf Begehren einer Partei durchgeführt werden (§ 39 Abs. 2 VwVG
BL). Tritt das Kantonsgericht auf das Revisionsgesuch ein und erachtet es dieses als begrün-
det, so hebt es den Entscheid ganz oder teilweise auf und entscheidet neu (§ 39 Abs. 3 VwVG

BL). Was die Voraussetzungen einer Revision betrifft, hält § 23 Satz 2 VPO fest, dass eine solche nur aus den in § 40 Absatz 2 lit. a und c VwVG BL genannten Gründen verlangt werden kann. Nach diesen beiden Bestimmungen tritt das Kantonsgericht auf ein Revisionsbegehren ein, wenn ein Verbrechen oder Vergehen den Erlass des Entscheids beeinflusst hat (§ 40 Abs. 2 lit. a VwVG BL) oder wenn erhebliche Tatsachen oder Beweismittel aufgetaucht sind, an deren Geltendmachung die Partei im früheren Verfahren ohne Verschulden verhindert gewesen ist (§ 40 Abs. 2 lit c VwVG BL). In verfahrensrechtlicher Hinsicht ist zu beachten, dass ein Revisionsbegehren innerhalb von 90 Tagen seit Entdeckung des Wiederaufnahmegrundes zu stellen ist (§ 40 Abs. 3 Satz 1 VwVG BL). Gemäss Satz 2 dieser Bestimmung können solche Begehren nach Ablauf von zehn Jahren seit Eröffnung des Entscheids nur noch im Falle von § 40 Abs. 2 lit. a VwVG BL gestellt werden.

3.1 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist der Begriff "neue Tatsachen oder Beweismittel" bei der Revision eines kantonalen Gerichtsentscheids gemäss Art. 61 lit. i ATSG gleich auszulegen wie bei der prozessualen Revision eines Verwaltungsentscheids nach Art. 53 Abs. 1 ATSG oder bei der Revision eines Bundesgerichtsentscheids gemäss Art. 123 Abs. 2 lit. a BGG (Urteile des Bundesgerichts vom 11. Oktober 2021, 9C_12/2021, E. 2.1 und vom 16. April 2015, 9C_110/2015). Neu sind Tatsachen, die sich bis zum Zeitpunkt, da im Hauptverfahren noch tatsächliche Vorbringen prozessual zulässig waren, verwirklicht haben, jedoch trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen ferner erheblich sein, das heisst, sie müssen geeignet sein, die tatbeständliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer anderen Entscheidung zu führen. Neue Beweismittel haben entweder dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber zum Nachteil des Gesuchstellers unbewiesen geblieben sind (vgl. BGE 134 III 669 E. 2, 127 V 353 E. 5b; Urteil des Bundesgerichts vom 8. Dezember 2011, 8C_434/2011, E. 7.1, in: SVR 2012 UV Nr. 17 S. 63). Erheblich ist ein Beweismittel, wenn anzunehmen ist, es hätte zu einem anderen Urteil geführt, falls das Gericht bzw. die Verwaltung im Hauptverfahren davon Kenntnis gehabt hätte. Ausschlaggebend ist, dass das Beweismittel nicht bloss der Sachverhaltswürdigung, sondern der Sachverhaltsfeststellung dient. Es bedarf dazu neuer Elemente tatsächlicher Natur, welche die Entscheidungsgrundlagen als objektiv mangelhaft erscheinen lassen (BGE 143 V 105 E. 2.3; SVR 2012 UV Nr. 17 S. 63; Urteile des Bundesgerichts vom 10. April 2019, 9C_21/2019, E. 3 und vom 8. Dezember 2011, 8C_434/2011, E. 7.1)

3.2 Betrifft der Revisionsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung oder Beweiswürdigung beruht, auf Elementen also, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt demnach überhaupt nur in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren der untersuchende Arzt und die entscheidende Behörde das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befunds zwingend anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen. An diesem prozessualrevisionsrechtlich verlangten Erfordernis fehlt es, wenn sich das Neue im Wesentlichen in (differenzial-)diagnostischen Überlegungen erschöpft, also auf der Ebene der medizini-

schen Beurteilung anzusiedeln ist (Urteile des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 7.2 und vom 27. September 2016, 8C_464/2016, E. 6.1 mit Hinweis).

4.1 Dem in Rechtskraft erwachsenen Kantonsgerichtsurteil vom 9. Juli 2020 lag im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt zugrunde (vgl. zum Ganzen auch soeben zitiertes Urteil E. 5):

4.2 Im Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 5. August 2016 im Anschluss an das erste Unfallereignis wurden Kopf- und Nackenbeschwerden sowie Parästhesien am ganzen rechten Arm diagnostiziert und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 7. August 2016 ausgewiesen. Ein am 8. August 2016 veranlasstes MRI ergab eine Streckhaltung der HWS sowie einen partiellen Blockwirbel HWK 2/3. Ansonsten wurden unauffällige Verhältnisse, ohne fassbare Degenerationen, knöcherne Läsionen oder neurale Kompressionen, erhoben.

4.3 In einem Bericht vom 22. September 2016 diagnostizierte Dr. med. B.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, einen Status nach HWS-Distorsion (Heckauf-fahrkollision im Kosovo) am 29. Juli 2016. Unmittelbar nach dem Aufprall sei es zu heftigen Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm sowie zu einer vermehrten Übelkeit gekommen. Ferner habe auch initial eine Sensibilitätsstörung am rechten Arm bestanden, welche inzwischen wieder weitgehend regredient sei. Der Patient habe weiterhin eine stark eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, v.a. nach rechts, sowie ausgeprägte okzipitale und rezidivierende Schmerzen. Aktuell betrage die Schmerzintensität im Bereich der HWS auf der Stufe 5-6 der VAS-Skala, je nach Belastung.

4.4 Anlässlich einer ersten kreisärztlichen Kurzbeurteilung vom 8. Dezember 2016 wurde festgehalten, dass es gemäss vorliegenden Bildgebungen durch das HWS-Schleudertrauma nicht zu unfallkausalen strukturellen Läsionen gekommen sei und neurologisch keine Auffälligkeiten bestünden.

4.5 Im Rahmen einer Untersuchung vom 23. Dezember 2016 stellte Dr. med. C.____, FMH Neurologie, die Diagnose einer radikulären Reiz- und Ausfallsymptomatik, vermutlich die Wurzel C8 betreffend. Das MRI vom 8. August 2016 habe damals keine Hinweise auf neurale Kompressionen ergeben. Bei konsistent geschilderten Beschwerden und dazu passendem Befund sowie fehlendem Ansprechen auf Physiotherapie und Chiropraktik sei eine lokale röntgenge-steuerte Infiltration bei einem spezialisierten Anästhesisten zu empfehlen.

4.6 Im Rahmen einer kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 4. Juli 2017 führten Dr. med. D.____, FMH Neurologie, und PD Dr. med. E.____, FMH Neurologie, aus, dass die ausgeprägte Beschwerdezunahme von anfangs noch leichten Schmerzen bis hin zu schweren Schmerzangaben (mit Angabe 6-8 auf einer Schmerzskala mit 10 Punkten), dies zusätzlich unter multimodaler Schmerztherapie in einem intensiven ambulanten Rehabilitationssetting, auffällig sei. Ausser einem paravertebralen Muskelhartspann mit Myogelosen hätten keine sicheren neurologischen Ausfälle festgestellt werden können. Die neurologische Untersuchung bleibe

ohne sicheren Befund, bei dokumentierter differentialdiagnostischer Einschätzung pseudoradikulärer Schmerzen versus sensibler Wurzelreizsymptomatik C8 ohne Hinweise auf eine Gang- oder Gleichgewichtsstörung. Hierzu korreliere die früh veranlasste zervikale Kernspintomographie, welche bis auf die sogenannte Blockwirbelbildung C2/C3 keine Auffälligkeiten gezeigt habe, insbesondere keine posttraumatischen Verletzungszeichen, keine foraminale Einengungen und auch keine Vorschädigung der HWS. Zusammengefasst handle es sich aus neurologischer Sicht um ein chronifiziertes und zunehmend als subjektiv verschlimmert angegebenes Beschwerdebild nach einer leichten HWS Distorsion WAD Grad II in Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation durch einen leichten Auffahrunfall, ohne nachweisbare Verletzungsfolgen und ohne nachvollziehbare organisch-neurologische Ursache. Bilddiagnostisch sei keine radikuläre Kompression, z.B. durch eine Bandscheibenprotrusion, nachgewiesen worden. Auch sei die Symptombeschreibung in der zunehmenden Schmerzintensität und in den inkonsistenten topographischen Ausbreitungsangaben klinisch nicht plausibel, ebenso wenig wie die erst viele Wochen später angegebenen Zusatzsymptome wie Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Schlafstörungen. Hierzu gehöre auch die Beschwerdeausweitung mit Angaben wie Knacken beim Schlucken. Ebenso charakteristisch sei, dass alle Behandlungen letztlich erfolglos geblieben seien und bei häufigem Arzt- und Therapeutenwechsel kein positiver Ansatz gefunden worden sei. Offensichtliche neurologische Funktionseinschränkungen seien nicht ersichtlich. Bei mangelnder Leistungsbereitschaft müsse daher letztlich eine Symptomausweitung mit sekundärem Krankheitsgewinn bei einer nur für die ersten Wochen bis maximal drei Monate nach leichtem Auffahrunfall neurologisch nachvollziehbaren leichten HWS-Beschleunigungssymptomatik überwiegend wahrscheinlich angenommen werden.

4.7 Im unmittelbar im Anschluss an das zweite Unfallereignis erstellen Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 7. Oktober 2017 wurden ein WAD Grad II nach der Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation sowie unmittelbar eintretender Schwindel diagnostiziert. Das Arzteugnis UVG vom 26. Oktober 2017 enthält zudem die Diagnosen von Nackenschmerzen, Übelkeit und leichten Kopfschmerzen.

4.8 Anlässlich von Untersuchungen der Neurootologie des Spitals F.____ am 15. November bzw. 6. Dezember 2017 wurden rezidivierende, sekundenanhaltende Schwankschwindelattacken sowie Zephalgien ohne eindeutige Hinweise für eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung diagnostiziert. Beim Patienten würden Beschwerden vorliegen, die nicht zu einer peripher oder zentral vestibulären Funktionsstörung passen würden. Es handle sich am ehesten um zervikal ausgelöste Schwindelbeschwerden.

4.9 Im Rahmen eines MRI vom 20. Dezember 2017 wurden im Vergleich zur Voruntersuchung vom 6. März 2017 unveränderte Verhältnisse erhoben. Neben der bekannten Streckhaltung der HWS und den bekannten Blockwirbeln C2/3 konnten keine Frakturen oder Luxationen und keine degenerativen oder entzündlichen Veränderungen der HWS und der oberen Brustwirbelsäule festgestellt werden.

4.10 Am 28. Februar 2018 diagnostizierte Dr. med. G.____, FMH Neurologie, eine chronische Zervikalgie, somatoformen Schwindel, kognitive Störungen, eine Angsterkrankung und ein

neurogenes Thoracic-outlet-Syndrom. Die HWS-Beweglichkeit sei sowohl für die Rotation als auch für die Lateralflexion eingeschränkt. Zusätzlich seien die Provokationsmanöver für ein Thoracic-outlet-Syndrom rechts positiv. Im MRI der HWS vom 20. Dezember 2017 fände sich kein Hinweis für eine radikuläre Kompression. Elektroneurographisch könne ein Sulcusulnaris-Syndrom ebenso wie ein Loge de Guyon-Syndrom ausgeschlossen werden. Die Sensibilitätsstörungen im Bereich des rechten Armes seien am ehesten als Ausdruck eines neurogenen Thoracic-outlet-Syndroms bei Verspannungen der Muskulatur im Nacken-Schulter-Gürtel zu sehen. Ein MRI des Schädels vom August 2017 sei unauffällig gewesen. Eine ausführliche otoneurologische Untersuchung im November und Dezember 2017 habe keinen Nachweis einer peripher-vestibulären Störung ergeben. Elektroenzephalographisch fänden sich keine Hinweise für ein epileptisches Geschehen. Tagsüber würden begleitend teilweise Panikattacken auftreten, nachts seien diese regelmässig mit dem Schwindel assoziiert, der dann auch nicht schwankend sei, sondern einem Drehschwindel entspreche. Nach dem zweiten Ereignis habe sich noch zusätzlich eine Höhenangst eingestellt. Er habe den Patienten über die Art des Schwindels aufgeklärt und empfehle, in der laufenden psychologischen Behandlung diesen verhaltenstherapeutisch anzugehen.

4.11 In einem Verlaufsbericht vom 24. August 2018 diagnostizierte Dr. B._____ ein chronisches komplexes Post-HWS-Syndrom. Es bestehe weiterhin ein schweres chronisches Post-HWS-Distorsionssyndrom mit verminderter Belastbarkeit. Dabei könnten geringste Belastungen oder bestimmte Kopfbewegungen (v.a. Inklination und Reklination) den Schwindel, die Übelkeit und ein Hitzegefühl im Nacken auslösen. Aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen sei der Patient seit dem 7. August 2017 zu 100% arbeitsunfähig. Die bei seinem Arbeitgeber durchgeführten Arbeitsversuche, zunächst mit einem Pensum von 20% und seit dem 12. Juni 2018 zu 50%, hätten ihn jedoch stets an den Rand seiner physischen Belastbarkeit geführt. Mehrfach habe er nach einem halben Arbeitstag als Buschauffeur erbrechen müssen, da die Belastbarkeit für ihn zu gross gewesen sei. Prognostisch sei somit davon auszugehen, dass der Patient seine volle Arbeitsfähigkeit als Buschauffeur nicht mehr werde erreichen können. Auch scheine es derzeit unwahrscheinlich, dass er ein Arbeitspensum im Umfang von 50% in seinem angestammten Beruf längerfristig werde ausüben können. Ein Kausalzusammenhang mit den beiden Unfällen sei für ihn klar gegeben, insbesondere, da sich die Hauptbeschwerdesymptomatik im Bereich der Kopfgelenke, v.a. C1/2, lokalisieren lasse, was typisch für HWS-Distorsionen sei. Es bleibe zu diskutieren, ob die angeborenen Blockwirbel auf Höhe C2/3 einen Faktor darstellten, welcher zu dem chronifizierten Schmerzverlauf beigetragen habe, da hier möglicherweise beim Aufprallen während des Unfalls eine besonders ungünstige Kraftübertragung erfolgt sei, wodurch die Symptomatik zusätzlich erschwert worden sei.

4.12 In der Beurteilung vom 21. September 2018 führte PD Dr. E._____, versicherungsmedizinisches Kompetenzzentrum der Suva, aus, dass sich nach einem gemäss unfallanalytischem Gutachten leichten Heckauffahrunfall mit einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung (delta-V) unter 10 km/h und der vorliegenden Dokumentation ohne objektivierbare unfallnahe neurologische Ausfälle gemäss Leitlinien nach der geltenden QTF-Klassifikation für HWS-Beschleunigungsverletzungen und ebenso nach der klinisch morphologischen Klassifikation von HWS-Beschleunigungsverletzungen nur ein Grad I ergebe. Dies entspreche einer leichten

HWS-Distorsion. Zudem seien auch im weiteren Verlauf zu keinem Zeitpunkt objektivierbare neurologische oder Hals-Nasen-Ohren-Befunde erhoben worden. Alsdann würden sich in der Zusammenschau Inkonsistenzen bei der Entwicklung und Schilderung der Beschwerdeangaben des Versicherten ergeben mit häufigen, jedoch organisch nicht zuordenbaren Schwindelattacken bis 25 Mal pro Tag und gleichzeitig möglichen Aktivitäten wie Joggen. Das Beschwerdebild sei zudem im Gegensatz zu dem erwarteten Verlauf mit einer regelhaften Rückbildung innerhalb von wenigen Wochen bis maximal drei bis sechs Monaten über diesen Zeitpunkt hinaus noch als progredient angegeben worden. Der entsprechende Zeitabstand sei aus neurologischer Sicht ebenfalls nicht erklärbar. Diese Symptomausweitung umfasse sowohl die Angaben von Kribbelparästhesien im rechten Arm als auch die Angabe von Angstattacken mit Herzrasen und Schwindel. Auf organischer Grundlage könnten ohne bilddiagnostische Nachweise keine unfallbedingt überdauernden Gesundheitsbeeinträchtigungen durch die Ereignisse festgestellt werden. Demzufolge sei auch eine anhaltende teilweise Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel, zumal zu keinem Zeitpunkt begründet worden sei, weshalb lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 50% und nicht eine solche von 100% bestehe.

4.13 Auf Ersuchen des vormaligen Rechtsvertreters des Versicherten berichtete Dr. B.____ in einer E-Mail vom 19. Oktober 2018, dass ein aktuell veranlasster MRI-Befund neu ein verdicktes Ligamentum transversum sowie ein verdicktes Ligamentum apikale ergeben habe, welche gemäss dem Radiologen gut zu einem posttraumatischen Zustand passen würden und im Sinne eines verbleibenden Schadens nach Schleudertrauma zu beurteilen wären. Diese Verdickung könne auch darauf hindeuten, dass hier ein chronischer Reizzustand bestehe, was gut mit der klinischen Symptomatik vereinbar wäre, wonach der Patient schon bei leichten Kopfbewegungen nach hinten (Reklination) sofortigen Schwindel, Übelkeit und ein Hitzegefühl verspüre.

4.14 Mit Schreiben vom 8. Januar 2019 legte PD Dr. E.____ Prof. Dr. H.____, FMH Radiologie, die bisher ergangenen MRT vom 21. August 2017 und 20. Dezember 2017 sowie auch das aktuell veranlasste MRT vom 19. Oktober 2018 zur konsiliarischen Beurteilung vor. Ferner gelangte er mit folgender Frage an Prof. Dr. H.____: "Sind mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bilddiagnostisch unfallkausale Verletzungsfolgen im HWS-Bereich nachweisbar nach einem HWS-Distorsionstrauma Grad I am 7. Oktober 2017 respektive vorher Grad II am 29. Juli 2016, insbesondere in der kernspin- und computertomographischen Verlaufsuntersuchung vom 9. Oktober 2017 (recte: 2018)?" In der Folge nahm Prof. Dr. H.____ unter dem Prädikat "Neuroradiologisches Konsil" in einem undatierten Schreiben (Dokumentendatum: 15. Januar 2019/Eingangsdatum: 16. Januar 2019) zu dieser Frage Stellung, wobei er vorab auf eine interdisziplinäre Fallbesprechung mit PD Dr. E.____ vom 15. Januar 2019 verweist. Im Bereich der HWS bestehe tatsächlich eine leichte Verdickung des Ligamentum transversum (atlas) und des Ligamentum apikale. Diese seien jedoch nicht spezifisch für posttraumatische Veränderungen, sondern sehr häufig im Rahmen von degenerativen Veränderungen nachweisbar (ausserdem z.B. im Rahmen von rheumatoiden Erkrankungen etc.). Die vorliegende kongenitale Fusion von HWK 2/3 erhöhe die mechanische Belastung auf den angrenzenden Niveaus, so dass insgesamt beginnende degenerative Veränderungen deutlich wahrscheinlicher seien, als posttraumatische Veränderungen. Relevante und eindeutige posttrauma-

tische Veränderungen der HWS seien im vorliegenden Bildmaterial nicht nachweisbar – abgesehen von einer Streckstellung der HWS, die Hinweis auf einen erhöhten Muskeltonus sein könne. Wobei auch hier die Ursache sowohl degenerativ als auch posttraumatisch sein könne. Im Bereich des Neurokraniums sei eine in Lage und Konfiguration typische hämorrhagische Diffuse axonale Verletzung (Diffuse axonal injury [DAI]) frontal rechts nachweisbar. Hier müsse jedoch einschränkend gesagt werden, dass diese Läsionen nicht datiert werden könnten und über Jahre bis Jahrzehnte mehr oder weniger befundkonstant zur Darstellung kommen würden. Somit könnte es sich auch um eine bereits vorbestehende Läsion handeln.

4.15 Im Rahmen einer weiteren Beurteilung vom 11. März 2019 nahm PD Dr. E.____ zu den mit MRI vom 19. Oktober 2018 neu erhobenen Befunden Stellung, wobei er vorgängig ebenfalls auf die interdisziplinäre Fallbesprechung mit Prof. Dr. H.____ vom 15. Januar 2019 verwies. Er bekräftigte, dass die festgestellten Veränderungen nicht spezifisch für posttraumatische Veränderungen, sondern sehr häufig im Rahmen von degenerativen Veränderungen nachweisbar seien. Die vorliegende kongenitale Fusion von HWK 2/3 würde die mechanische Belastung auf die angrenzenden Niveaus verstärken, so dass insgesamt beginnende degenerative Veränderungen deutlich wahrscheinlicher seien als posttraumatische Veränderungen. Zudem seien relevante und eindeutige posttraumatische Veränderungen der HWS, wie insbesondere zervikale Weichteilschwellungen oder Einblutungen, im vorliegenden Bildmaterial nicht nachweisbar. Im Bereich des Neurokraniums sei in der kranialen Kernspintomographie vom 21. August 2017 eine isolierte diffuse axonale Scherverletzung auffindbar. Zu einer Kopfverletzung sei es anlässlich des Unfallereignisses vom 7. Oktober 2017 jedoch gemäss unfallnaher Dokumentation nicht gekommen. Sowohl die Beschwerdeschilderung des Versicherten als auch die fehlende Prellmarke im Kopfbereich liessen auf keine solche Verletzung schliessen. Eine Kopfverletzung sei anhand des Unfallmechanismus auch nicht nachvollziehbar. Demzufolge könne hier kein überwiegender Zusammenhang des ebenfalls in der Expertise vom 15. Januar 2019 (gemeint ist das undatierte Schreiben von Prof. Dr. H.____ [E. 4.14 hiervor]) erstmals beschriebenen isolierten punktförmigen Hämosiderinnachweises frontal rechts festgestellt werden. Solche Hämosiderinreste könnten überdauernde bilddiagnostische Korrelate von Kopfverletzungen sein. Im vorliegenden Fall seien sie bei fehlenden Kopfverletzungen nicht mit genügend hohem Beweisgrad einem der leichten Auffahrunfälle des Versicherten zuzuordnen.

5.1 Im Zusammenhang mit dem Revisionsgesuch erweisen sich die folgenden Berichte als von Relevanz:

5.2 Am 15. September 2020 wurden ein MRI des Kopfgelenks und der HWS (nativ, funktionell) sowie eine Röntgenuntersuchung des Kopfgelenks (transoral, funktionell) veranlasst. Die hierzu ergangene Beurteilung ergab eindeutige Zeichen einer kraniozervikalen Instabilität, bedingt wohl durch eine Überdehnung des rechten Ligamentum alare. Ferner wurden eine moderate Degeneration der atlantookzipitalen Gelenke und des medialen atlantoaxialen Gelenks, bedingt am ehesten durch eine Dysplasie der Kondylen C0/C11, Blockwirbel C2-3 sowie ein schmal angelegter Spinalkanal zervikal erhoben.

5.3 In einer E-Mail zuhänden des vormaligen Rechtsvertreters vom 2. Oktober 2020 führte Dr. B._____ hierzu aus, eine kraniozervikale Instabilität bedeute, dass der Kopf nicht stabil auf der HWS verankert sei, was ursächlich nur durch eine angeborene Fehlbildung wie z.B. eine Spondylolyse (welche der Patient nicht habe) zustande komme oder eben typischerweise durch ein Unfallereignis. Eine Peitschenhiebbewegung der HWS, wie sie typischerweise bei einem Schleudertrauma mit Heckauffahrkollision vorkomme, führe meist zu einer Lockerung der Bänder, welche den Dens axis (Fortsatz an der Vorderseite des zweiten Halswirbels [C2], dem Axis ["Kopfdreher"]) des zweiten Halswirbels stabilisiere. Der Dens stehe normalerweise in der Mitte vom Atlasbogen und werde vom Ligamentum alare (den Flügelbändern) gehalten und zentriert. Durch ein Schleudertrauma werde das Ligamentum alare meist überdehnt mit der Folge, dass der Dens dann nicht mehr in der Mitte stehe und asymmetrisch sei. Dies sei ein Beweis dafür, dass hier ein Trauma stattgefunden habe müsse (auf früheren MRI-Aufnahmen sei dies nicht so beschrieben worden und sei nun erst im Upright-MRI zu Tage gekommen). Das überdehnte Ligamentum alare sei ein Beweis für ein stattgehabtes Schleudertrauma, da dieses die typische Folge eines Schleudertraumas darstelle.

5.4 Die Suva veranlasste am 6. November 2020 ein neuroradiologisches Konsil. Im Zentrum stand hierbei die Klärung der Frage, ob sich durch die Bildgebung vom 15. September 2020 neue Erkenntnisse im Hinblick auf die bereits erfolgte neurologisch-neuroradiologische Fallkonferenz vom 15. Januar 2019 (vgl. E. 4.13 hiervor) ergeben würden. Ferner stand auch die Frage zur Diskussion, ob nunmehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausale Verletzungsfolgen ausgewiesen seien. Hierzu wurde im Wesentlichen festgehalten, dass neu eine Denszielaufnahme vom 15. September 2020 vorliege. Es ergebe sich eine leicht akzentuierte Beweglichkeit des Dens axis im Vergleich zu C1. Diese sei leicht seitenasymmetrisch, bei allerdings auch leicht seitenasymmetrisch lateralem Bending. Insgesamt sei die Beweglichkeit des Dens axis noch im physiologischen Bereich. Ausserdem bestehe neu eine funktionelle MRI-Untersuchung vom 15. September 2020. Auch hier ergebe sich ein Nachweis einer etwas akzentuierten, aber noch physiologischen Beweglichkeit am kraniozervikalen Übergang. In beiden Untersuchungen sei die bekannte kontinentale Fusion von C2-C3 erneut nachweisbar. Aus diesem Grund sei die normale physiologische Bewegung im Segment C2 bis C3 nicht möglich. Diese Bewegung müsse daher im angrenzenden Segment kompensiert werden. Im vorliegenden Bildmaterial sei kein eindeutiger Hinweis auf posttraumatische Veränderungen nachweisbar. Die Beweglichkeit im kraniozervikalen Übergang sei noch im physiologischen Bereich, möglicherweise etwas akzentuiert. Dies sei jedoch durchaus durch die bereits genannte Fusion C2 bis C3 erklärbar. Ergänzend wurde darauf hingewiesen, dass es um eine fragliche Läsion am kraniozervikalen Übergang und insbesondere des rechten Ligamentum alare gehe. Hierzu gebe es eine ausgeprägte Literatur, insbesondere im Bereich von Schleudertraumaverletzungen. Die hier üblicherweise durchgeführten hochauflösenden Untersuchungen im Ligamentum alare und transversum seien ausgesprochen schwierig. Sie würden eine anatomische und technische Variabilität aufweisen und seien daher kontrovers diskutiert. Im vorliegenden Bildmaterial sei möglicherweise eine leichte Überbeweglichkeit am kraniozervikalen Übergang nachweisbar. Diese sei jedoch durch die Fusion C2 und C3 zu erklären und es bestehe kein wahrscheinlicher Nachweis von posttraumatischen Veränderungen.

5.5 Am 13. Januar 2021 nahm PD Dr. E.____ zur Sache Stellung. Er kam zum Schluss, dass an den bisherigen versicherungsmedizinisch-neurologischen Beurteilungen festgehalten werden könne. Sowohl die MRI-Beurteilung vom 15. September 2020 als auch die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 2. Oktober 2020 würden sich unter Berücksichtigung des neuroradiologischen Konsils als wissenschaftlich unfundiert erweisen und würden bei Einzelfallbeurteilung dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht standhalten. Bereits in der Beurteilung der unfallnahen Bilddiagnostik sei festgestellt worden, dass die leichte Verdickung des Ligamentum transversum am Atlas und des Ligamentum apikale sehr häufig im Rahmen von degenerativen Veränderungen nachweisbar sei, wie vorliegend bei einer Fusion C2 und C3. Dies sei erklärbar durch die mechanische Belastung auf die angrenzenden Niveaus. Es könne daher weiterhin nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein unfallkausaler struktureller Schaden festgestellt werden, sondern nur eine anlagebedingte Normvariante, die im Zusammenhang mit den genannten degenerativen Veränderungen nach Blockwirbelbildung einzuordnen sei.

5.6 Ein MRI vom 9. Februar 2023 ergab erneut Zeichen einer gering ausgeprägten kraniozervikalen Instabilität bzw. vermehrten Mobilität im unteren Kopfgelenk. Im entsprechenden Bericht vom 10. Februar 2023 wurde dieser Befund verglichen mit der Voruntersuchung als weniger ausgeprägt bzw. rückläufig beurteilt. Ferner wurde darauf hingewiesen, dass eine Unfallkausalität erwiesen wäre, falls alle übrigen möglichen klinischen Ursachen ausgeschlossen werden könnten.

5.7 In einer E-Mail vom 30. Juni 2023 berichtete Dr. B.____ hierzu, dass mittels des Upright-MRI eine entzündlich-rheumatische Erkrankung habe ausgeschlossen werden können. Der Versicherte zeige auch klinisch keinerlei Symptome eines Ehlers-Danlos-Syndroms. Es bestehe keine Hypermobilität oder Hyperlaxizität. Der gesamte Körper sei relativ steif, was für ein Ehlers-Danlos-Syndrom sehr untypisch wäre. Es erübrige sich deshalb eine aufwändige genetische Abklärung von zwei Untervarianten dieses Syndroms. Auch eine Borreliose könne ausgeschlossen werden. Gleiches gelte für eine rheumatoide Arthritis. Auch würden keine Hinweise auf das Vorliegen einer ankylosierenden Spondylitis bestehen. Insgesamt könne somit eine entzündlich-rheumatische Ätiologie der HWS-Instabilität ausgeschlossen werden, womit diese in direktem Zusammenhang mit den zwei durchgemachten HWS-Distorsionen stehe.

5.8 Anlässlich des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte die Gesuchsgegnerin einen Bericht betreffend ein neuroradiologisches Konsil von Prof. Dr. H.____ vom 5. September 2023 ein. Dieser erhob einen leicht erhöhten Bewegungsumfang am kraniozervikalen Übergang. Im vorliegenden Bildmaterial bestehe weiterhin kein eindeutiger Nachweis von direkten posttraumatischen Veränderungen. Es bestünden nach wie vor diskrete Veränderungen am kraniozervikalen Übergang. Wie bereits diskutiert bestehe jedoch eine bekannte kongenitale Fusion von C2 bis C3, womit keine Bewegung in diesem Bandscheibensegment erfolge. Dies führe dazu, dass die benachbarten Segmente diese eingeschränkte Bewegung kompensieren müssten und dementsprechend in der Regel etwas akzentuierte degenerative Veränderungen aufweisen ("adjacent segment") würden. Somit seien die diskreten Veränderungen am kraniozervikalen Übergang durchaus durch diese kongenitale Variante erklärbar. Der einzige Unterschied sei

nun neu ein leicht erhöhter Rotationsumfang. Prof. Dr. H._____ hob hierbei auch die kontroverse Diskussion in Bezug auf die veranlasste Rotationsmessung im MRT (liegende Position) hervor. Einschränken müsse gesagt werden, dass dies ein unübliches Verfahren darstelle. Gerade bei einer Fusion von C2 und C3 sei die Interpretation der Befunde noch komplizierter. Üblicherweise werde die Funktion der HWS mit Röntgenaufnahmen in stehender Position durchgeführt. Das vorliegende MRT-Verfahren sei sicherlich interessant, die Bewegungsumfänge sollten jedoch mit alters- und geschlechtsentsprechenden Normwerten verglichen werden. Gleichwohl möchte er nicht bestreiten, dass ein leicht progredienter Funktionsumfang im Bereich des kraniozervikalen Übergangs bestehe. Ein leicht eingeschränkter Bewegungsumfang der HWS sei beispielsweise bereits aufgrund eines erhöhten Muskeltonus nach dem Traumaereignis erklärbar. Es handle sich hier um einen typischen klinischen Befund. Im Verlauf sei der Bewegungsumfang leicht vergrössert, dies könnte beispielsweise durch eine Normalisierung des Muskeltonus erklärt werden. Dies erfülle jedoch nicht die Kriterien einer signifikanten posttraumatischen strukturellen Läsion.

5.9 Mit Stellungnahme vom 16. Oktober 2023 hielt Prof. Dr. med. I._____, Fachärztin für Neurochirurgie, zur Frage nach dem Vorliegen von strukturellen Unfallfolgen fest, dass sich aus den neu vorgelegten Berichten keine neuen Erkenntnisse ergeben würden.

6.1 Der Gesuchsteller begründet das Revisionsbegehren im Wesentlichen damit, dass das Kantonsgericht im Urteil vom 9. Juli 2020 auf der Basis der damals vorliegenden medizinischen Akten seine anhaltenden Beschwerden nicht auf ein bildgebend objektivierbares strukturelles Korrelat habe zurückführen können. Mit der MRT-Bildgebung vom 9. Februar 2023 würde nun doch noch ein Beweis vorliegen, dass bei ihm strukturelle Unfallfolgen bestünden, nachdem sämtliche alternativen Krankheitsursachen ausgeschlossen worden seien. Vor diesem Hintergrund erweise sich das besagte Urteil als revisionsbedürftig, mithin als nachträglich unrichtig bezogen auf die tatsächlichen Grundlagen des Entscheids. Demgegenüber stellt sich die Gesuchsgegnerin auf den Standpunkt, dass die eingereichten Beweismittel keinen Revisionsgrund bilden würden.

6.2 In formeller Hinsicht stellt sich vorab die Frage nach der Rechtzeitigkeit des Revisionsgesuchs. Die relative 90-tägige Revisionsfrist beginnt praxisgemäss zu laufen, sobald bei der Partei eine sichere Kenntnis über die neue erhebliche Tatsache oder das entscheidende Beweismittel vorhanden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. März 2018, 9C_2/2018, E. 4; KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 250). Wie aus dem medizinischen Sachverhalt erhellt, wurde die mit Bericht vom 10. Februar 2023 geltend gemachte leichte kraniozervikale Instabilität bereits im MRI des Kopfgelenks vom 15. September 2020 erhoben. Auch der Gesuchsteller weist in seinem Gesuch auf den Umstand hin, dass diese Befunderhebung bereits zu diesem Zeitpunkt erfolgte und insofern nicht neu sei. Entgegen seinen weiteren Darlegungen nahm Dr. B._____ am 2. Oktober 2020 zu diesem Befund auch eine entsprechende Kausalitätsbeurteilung vor. Der Behandler gelangte im Wesentlichen zum Schluss, dass hiermit ein Beweis vorliege, dass ein Trauma stattgefunden habe müsse (auf früheren MRI-Aufnahmen sei dies nicht so beschrieben worden und sei nun erst im Upright-MRI zu Tage gekommen, vgl. E. 5.3 hiavor). Diese Beurteilung durch Dr. B._____ lieferte im damaligen Zeitpunkt somit grundsätzlich rechts-

genügende Kenntnis über den medizinischen Sachverhalt, sodass er Grundlage für die geltend gemachten neuen Tatsachen bzw. dass diese Tatsachen belegenden Beweismittel bilden konnte. Zwar reichte der Beschwerdeführer in der Folge durch seinen vormaligen Rechtsvertreter rechtzeitig am 8. Oktober 2020 ein Revisionsgesuch ein, jedoch bei der hierfür unzuständigen Suva. Diese leitete das Gesuch nicht im Sinne von Art. 30 ATSG an das zuständige Kantonsgericht weiter. Die sich in diesem Kontext eröffnende Frage, ob bei einem anwaltlich vertretenen Versicherten von einem versehentlichen Einreichen bei der unzuständigen Stelle die Rede sein kann, wie es Art. 30 ATSG für die Weiterleitungspflicht fordert, kann vorliegend offen bleiben. Zu berücksichtigen gilt, dass die Suva eine Weiterleitungspflicht implizit verneinte, indem sie auf das entsprechende Gesuch nicht eintrat und gleichzeitig explizit auf das in der Sache zuständige Kantonsgericht hinwies. In der Folge blieb der Beschwerdeführer jedoch untätig, womit die formlose Mitteilung in Rechtskraft erwuchs (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2018, 8C_536/2017, E. 3.4). Ausgehend von dieser Sachlage wäre das erst am 3. August 2023 beim zuständigen Gericht eingereichte Revisionsgesuch zu spät erfolgt. Sollte man dieser Auffassung nicht folgen können, so ist ferner äusserst fraglich, ob die 90-tägige Frist nicht bereits im Februar 2023 zu laufen begann. Hierfür spricht, dass die Beurteilung vom 10. Februar 2023 unmittelbar an den Versicherten adressiert war. Die Unfallkausalität des erhobenen Befunds wurde darin als erwiesen bezeichnet, sofern alle möglichen Ursachen ausgeschlossen werden könnten. Bestärkt wird diese Annahme ferner durch den Umstand, dass der Rechtsvertreter des Versicherten in seinem Schreiben zuhanden der Suva vom 26. Mai 2023 auf dieser Befundgrundlage einen Revisionsgrund geltend machte. Abschliessende Erörterungen zur Frage, ob dem am 3. August 2023 eingereichten Revisionsgesuch bereits vor diesem Hintergrund kein Erfolg beschieden sein könnte, können vorliegend jedoch unterbleiben. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden, scheitert das Revisionsbegehren ohnehin (auch) an weiteren (Eintretens-)Voraussetzungen.

6.3 Der Gesuchsteller stützt sein Revisionsgesuch insbesondere auf die mit MRI vom 9. Februar 2023 erhobene, gering ausgeprägte kraniozervikale Instabilität der HWS bzw. die vermehrte Mobilität im unteren Kopfgelenk. Wie sich aus der vorstehenden Erwägung ergibt, ist dieser Befund nicht neu und auch die geltend gemachte Kausalität zu den Unfallereignissen bildete bereits Gegenstand einer medizinischen Beurteilung. Ein Vergleich der aktuellen Bildgebungen mit denjenigen zum Zeitpunkt des bei der unzuständigen Suva eingereichten Revisionsgesuchs zeigt ferner, dass das gleiche bildgebende Verfahren zur Anwendung gelangte (MRI des Kopfgelenks [am 15. September 2020 nativ, funktionell, am 9. Februar 2023 aufrecht, funktionell] und der HWS sowie eine transorale, funktionelle Röntgenaufnahme). Es wurde bereits im damaligen Zeitpunkt ein Upright-MRI angeordnet. Hierbei wurden der gleiche Befund erhoben und daraus die gleichen Schlussfolgerungen in Bezug auf die Kausalitätsfrage gezogen. Der erste MRT-Bericht datiert vom 15. September 2020 und die entsprechende Kausalitätsbeurteilung erfolgte am 2. Oktober 2020. Diese Berichte wurden somit grundsätzlich zwar im Nachgang an das Urteil des Kantonsgerichts vom 9. Juli 2020 erstellt. Der Gesuchsteller legt in diesem Zusammenhang jedoch in keiner Weise dar, weshalb diese Untersuchungsbefunde, wie sie auch im vorliegenden Beweismittel festgestellt wurden, nicht schon im früheren Verfahren hätten beigebracht werden können. Hierbei fällt ins Gewicht, dass der im damaligen Verfahren berücksichtigte Bericht von Dr. B. _____ vom 20. April 2020 bereits den Hinweis enthielt, dass für

eine weitere Objektivierung von organischen Unfallfolgen ein Upright-MRI veranlasst werden könne. Es ist in Erinnerung zu rufen, dass die Revision ein ausserordentliches Rechtsmittel ist und nicht einfach der Weiterführung des Verfahrens dient. Sie dient insbesondere nicht dazu, Fehler und Unterlassungen der Prozessparteien nachträglich korrigieren zu können. Es obliegt den Prozessparteien, rechtzeitig und prozesskonform zur Klärung des Sachverhalts entsprechend ihrer Beweispflicht beizutragen. Dass es ihnen unmöglich war, Tatsachen und Beweismittel bereits im früheren Verfahren beizubringen, ist nur mit Zurückhaltung anzunehmen. Dies gilt ganz besonders, wenn im Revisionsverfahren mit angeblich neu entdeckten Beweismitteln bereits im Hauptverfahren aufgestellte Behauptungen belegt werden sollen, die vom Gericht resp. der Verwaltung als unzutreffend erachtet wurden. Entsprechend hat der Gesuchsteller im Revisionsgesuch darzutun, dass er die Beweismittel im früheren Verfahren trotz hinreichender Sorgfalt nicht beibringen konnte (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 11. Mai 2020, 8C_197/2020, E. 3.4 und vom 16. Dezember 2016, 8C_714/2016, E. 4.2.2, je mit Hinweisen; ferner vgl. auch BGE 138 II 386 E. 51; SVR 2012 UV Nr. 17 S. 63). Vor diesem Hintergrund hätte der Gesuchsteller im vorliegenden Revisionsverfahren aufzuzeigen, weshalb er die Beweismittel nicht bereits im Hauptverfahren einbringen konnte. Es sind weder Gründe ersichtlich, welche der Einholung des von Dr. B.____ am 20. April 2020 postulierten Upright-MRI bzw. einem entsprechenden Beweisantrag schon vor dem Urteilsdatum vom 9. Juli 2020 entgegengestanden wären, noch werden solche geltend gemacht. Demzufolge spricht vieles dafür, dass es sich bei den neu aufgelegten Berichten weder um Beweismittel handelt, deren Beibringung im ordentlichen Verfahren nicht möglich gewesen wäre, noch um Erkenntnisse, mit welchen die gerichtlichen Feststellungen nicht bereits auf dem ordentlichen Rechtsmittelweg hätten als unzutreffend gerügt werden können. Damit wäre ein Revisionsgrund nicht hinreichend dargetan und die Eintretensvoraussetzungen (auch) aus diesem Grund nicht erfüllt. Letztlich kann aber auch diese Frage offen bleiben. So oder anders fehlt es darüber hinaus an einem erkennbaren Revisionsbedarf.

6.4 Die als Revisionsgrund zugelassenen neuen Beweismittel müssen dem Beweis von Tatsachen dienen, die bereits zur Zeit des Beschwerdeverfahrens bestand hatten (vgl. E. 3.1 hiervor). Damit ein (neues) Beweismittel als Revisionsgrund anerkannt werden kann, muss es überdies den Fehler in der früheren Beweisgrundlage eindeutig ("indiscutable") oder mit "überlegenen Gründen" aufzeigen (Urteile des Bundesgerichts vom 20. März 2017, 9F_9/2016, E. 2.4 und vom 6. November 2012, 8F_9/2012, E. 3 sowie E. 3.1 hiervor). Nur auf diesem Weg ist zu vermeiden, "dass immer wieder neue Beweismittel produziert werden, um eine Revision in Gang zu bringen", wie sich der Gesetzgeber bei den Beratungen zu Art. 53 Abs. 1 ATSG äusserte (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2015, 8C_683/2015, E. 4 mit Hinweis auf den Bericht der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 26. März 1999 [BBl] 1999 4523, 4614, zitiert in: SVR 2010 UV Nr. 22 S. 90).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt. Es ist zwar unbestritten, dass die geltend gemachte gering ausgeprägte karniozervikale Instabilität im Bereich der HWS erstmals nach dem ergangenen Urteil des Kantonsgerichts vom 9. Juli 2020 erhoben wurde (vgl. E. 6.3 hiervor). Das MRI vom 9. Februar 2023 wie auch bereits dasjenige vom 15. September 2020 erbringen für sich allein zunächst aber nur den Nachweis für das Vorliegen eines entsprechenden

organischen Befunds beim Versicherten. Entgegen den Darlegungen des Gesuchstellers in seiner Replik vom 8. November 2023, wonach der MRT-Bericht vom 10. Februar 2023 eine neue Tatsache bzw. ein neues Beweismittel darstelle, lässt sich daraus nicht ableiten, dass sich dieser Befund bereits zum Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens verwirklicht hatte, was unter anderem Voraussetzung für die Zulassung eines neuen Beweismittels ist. Dieser Umstand ist letztlich aber nicht (allein) entscheidend. Selbst wenn man dem MRT-Befund zusammen mit den Ausführungen von Dr. B.____ in der E-Mail vom 30. Juni 2023 bzw. den ins Recht gelegten Unterlagen die Qualifikation eines neuen Beweismittels zuerkennen möchte, so kann darin gleichwohl kein Revisionsgrund erblickt werden. Ins Gewicht fällt, dass sich die involvierten Fachärzte im damaligen Verfahren vor Kantonsgericht ausführlich mit der medizinischen Situation des Versicherten sowie namentlich der Kausalitätsfrage befassten. Neben der Tatsache, dass zeitnah an das Unfallereignis wiederholt keinerlei strukturelle Läsionen oder Auffälligkeiten hatten festgestellt werden können, wurden für die im Verlauf erhobenen objektiven Befunde (namentlich die verdickten Ligamenta) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerative Ursachen angeführt. Im Zentrum stand hierbei die beim Versicherten vorliegende angeborene Blockwirbelbildung HWK 2/3. In seinen beweiskräftigen Beurteilungen erläuterte PD Dr. E.____, dass es durch diese vorbestehende kongenitale Fusion zweier Wirbel zu einer mechanischen Belastung der angrenzenden Wirbel komme, weshalb er degenerative Veränderungen als überwiegend wahrscheinliche Ursache für die verdickten Ligamenta ansah, zumal posttraumatische Veränderungen der HWS wie insbesondere zervikale Weichteilschwellungen oder -einblutungen nicht hatten ausgemacht werden können. Zu keinen anderen Schlussfolgerungen kamen Prof. Dr. H.____ am 6. November 2020 sowie PD Dr. E.____ in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2021, welche im Rahmen des bei der Beschwerdegegnerin eingereichten Revisionsgesuchs veranlasst wurden. Vielmehr bekräftigten die Fachärzte ihre bisherigen Ausführungen unter Einbezug der bereits mit MRT vom 15. September 2020 erhobenen kraniozervikalen Instabilität und führten erneut die kongenitale Fusion der Blockwirbel C2 und C3 als überwiegend wahrscheinliche Erklärung der leichten Überbeweglichkeit am kraniozervikalen Übergang an (vgl. E. 5.4 und 5.5 hiervor). Dr. B.____ gelangte nun in Abweichung zu PD Dr. E.____ im Wesentlichen zur Auffassung, dass der Befund auf die erlittenen HWS-Distorsionen zurückzuführen sei, nachdem eine entzündlich-rheumatische Ätiologie der HWS-Instabilität habe ausgeschlossen werden können. Auf die angeborene Blockwirbelbildung (erneut sichtbar auch im MRI vom 9. Februar 2023) nahm er mit keinem Wort Bezug. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass Dr. B.____ im Bericht vom 24. August 2018 selbst darauf hingewiesen hatte, dass der Blockwirbel C2 bis C3 einen Faktor darstellen könnte, der zu einem chronifizierten Beschwerdeverlauf beigetragen habe (vgl. E. 4.11 hiervor). Auch zur wiederholt festgestellten Abwesenheit von Einblutungen und Weichteilverletzungen sowie deren Bedeutung im Kontext des erhobenen Befunds äusserte er sich nicht. Insgesamt kann aus seinen Ausführungen nicht geschlossen werden, dass PD Dr. E.____ zwingend zu einem anderen Ergebnis hätte gelangen müssen. Im Ergebnis liefern diese bloss eine neue Einschätzung, nicht aber eine Sachverhalts-ergänzung. Damit fehlt es aber (auch) an der revisionsrechtlichen Erheblichkeit des angerufenen Beweismittels. Es lassen sich aus den beigebrachten Unterlagen keine Schlussfolgerungen dergestalt ziehen, die den dem kantonsgerichtlichen Urteil vom 9. Juli 2020 zugrundeliegenden Sachverhalt als eindeutig falsch erscheinen lassen könnten. Folglich kann auch auf weitere Abklärungen in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (vgl. zur Zulässigkeit einer antizi-

pierten 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).

7. Im Übrigen kann dem Gesuchsteller nicht gefolgt werden, sofern er im Zusammenhang mit den seitens der Gesuchsgegnerin im vorliegenden Verfahren eingeholten medizinischen Unterlagen (vgl. E. 5.8 und 5.9 hiavor) eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt. Es ist daran zu erinnern, dass die Kompetenz zum Entscheid über das Revisionsgesuch nicht der Gesuchsgegnerin, sondern vielmehr dem Kantonsgericht obliegt. Ferner verkennt der Gesuchsteller bei seiner Argumentation, dass er mit dem vorliegenden Gesuch unter anderem selbst ein Rechtsbegehren auf Ausrichtung von Leistungen stellt und seine Ausführungen sich nicht auf die Darlegung eines Revisionsgrunds beschränken. Des Weiteren gilt es zu beachten, dass sich namentlich die Frage nach der Erheblichkeit der angerufenen Tatsache bzw. des diese Tatsachen belegenden Beweismittels kaum losgelöst von den medizinischen Unterlagen beantworten lässt. Bei dieser Sachlage ist nicht ersichtlich, worin im Vorgehen der Gesuchsgegnerin eine Gehörsverletzung bestehen soll. Ungeachtet dessen kam den durch die Gesuchsgegnerin ins Recht gelegten Unterlagen – zu denen sich der Gesuchsteller im vorliegenden Verfahren sodann unstreitig äussern konnte – bei der Beurteilung der massgebenden Voraussetzungen ohnehin keine ausschlaggebende Bedeutung zu (vgl. E. 6.4 hiavor).

8. Nach dem Dargelegten erweist sich das Vorliegen eines Revisionsgrunds als nicht hinreichend dargetan. Soweit darauf eingetreten werden kann, ist das Revisionsgesuch demnach abzuweisen.

9. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Das Revisionsgesuch wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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