

200 15 873 UV
GRD/RUM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. März 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Rüfenacht

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

SWICA Versicherungen AG
Rechtsdienst UVG, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 1. September 2015
(9930/0019.03830.12.0)



Sachverhalt:

A.

Der 1969 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der SWICA Versicherungen AG (SWICA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er nach Angaben in der Unfallmeldung vom 6. September 2012 am 2. September 2012 einen schweren Autounfall erlitt und sich dabei ein Polytrauma zuzog (Antwortbeilagen [AB] 1, 4). Die SWICA gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (AB 5, 7). Mit Verfügung vom 24. März 2015 verneinte sie einen Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld für die Zeit ab 1. Februar 2014 und stellte die entsprechenden Leistungen ex nunc et pro futuro ein (AB 134). Daran hielt sie auf Einsprache hin (AB 142) mit Entscheid vom 1. September 2015 fest (AB 148).

B.

Mit Eingabe vom 1. Oktober 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____, Beschwerde. Er beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, weiterhin die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zu entrichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 23. Dezember 2015 und Duplik vom 2. Februar 2016 hielten die Parteien je an ihren Rechtsbegehren fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 1. September 2015 (AB 148). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 2. September 2012 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht – mit Hinweis auf den nach ihrer Auffassung bereits ab 1. Februar 2014 entfallenen Kausalzusammenhang – ex nunc et pro futuro eingestellt hat.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalls, eines Nichtberufsunfalls oder einer Berufskrankheit voraus. Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt weiter einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen („*conditio sine qua non*“; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die

Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (*status quo ante*), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (*status quo sine*), erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.3 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.4 Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnah-

men der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

Darüber hinaus hat der Unfallversicherer die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden sei dahingefallen (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384; Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Januar 2013, 8C_155/2012, E. 6.1, und vom 10. Juni 2014, 8C_139/2014, E. 4.2.1).

3.

3.1 Es steht fest, dass der Beschwerdeführer am 2. September 2012 einen schweren Autounfall erlitten hatte (AB 1, 4 u. 37). Gemäss Austrittsbericht vom 4. September 2012 der Klinik C._____ des Spitals D._____ erlitt er als Beifahrer auf dem rechten Rücksitz durch die seitliche Kollision mit einem anderen Auto (auch AB 37) ein Polytrauma mit einer Commotio cerebri, einer instabilen Beckenringfraktur Typ B ventral beidseits, einer Fraktur der Occipitalcondyle C0 links, einer Fraktur des Facettengelenksfortsatzes HWK 3/4 links, einer Einblutung in die Blasenwand und einer Blutung aus dem Meatus penis, einer Verletzung der Ohrhelix rechts sowie einer Lungenkontusion rechts (AB 4). Aufgrund dieses Unfalls im Rechtssinn (vgl. E. 2.1 hiavor) hat die Beschwerdegegnerin in der Folge Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld erbracht (AB 5 u. 7). Umstritten und zu prüfen ist nachfolgend, ob auch die über den 1. Februar 2014 hinaus geklagten Beschwerden noch in einem

anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfall stehen (vgl. AB 134 S. 3, 148 Ziff. 3.14 f.; Beschwerde, S. 4 ff.).

Den medizinischen Unterlagen ist dazu im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2

3.2.1 Im Bericht vom 12. Februar 2014 über die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene (AB 52) medizinische Abklärung hielt Dr. med. E. _____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, als Diagnose einen Status nach Polytrauma bei Verkehrsunfall fest. Anlässlich der Röntgenuntersuchung LWS ap/seitlich vom 3. Februar 2014 sei (u.a.) eine etwas vermehrte Sklerosierung subchondral im Acetabulum rechtsseitig und ein diskret verminderter Knorpelgelenksraum gegenüber links (vor allem im zentralen Aspekt, hinweisend auf eine diskrete Coxarthrose) festgestellt worden. Gemäss den vorliegenden Röntgenaufnahmen, dem Bericht des CT und der kernspintomografischen Befunde vom 11. Februar 2014 seien die Frakturen voll verheilt und reizlos. Der Beschwerdeführer dürfe voll belasten. Im MRT des Beckens vom 11. Februar 2014 fänden sich weder muskuläre Auffälligkeiten noch Anhaltspunkte für eine Neurokompression. Die Tätigkeit als ... könne jetzt schrittweise aufgebaut werden. Der Beschwerdeführer solle aber vorerst weiterhin nicht schwerere Gewichte (ca. über 15 kg) heben und verschieben müssen. Die Wiederaufnahme der ... sei grundsätzlich ab sofort zu 50 % zumutbar. Im Verlauf der nächsten 2-3 Monate könne die Arbeitsfähigkeit schrittweise bis auf 100 % aufgebaut werden (AB 58).

3.2.2 Im Bericht vom 11. September 2014 hielt Dr. med. E. _____ fest, die Beckenringfraktur sei entsprechend einem MRI Becken vom 11. Februar 2014 ohne Pseudoarthrosebildung komplett abgeheilt. Daneben seien auch die Illiosakralgelenke unauffällig. Trotzdem persistierten Beschwerden im Bereiche der rechten Hüfte. Klinisch finde sich nun trotz intensiver Physiotherapie eine deutlich eingeschränkte rechte Hüfte, was auch die persistierende muskuläre Hypertrophie des rechten Oberschenkels hinlänglich erkläre. Anhaltspunkte für eine zusätzliche radikuläre Kompressionsproblematik fänden sich nicht. Das Becken zeige aber eine deutliche posttrauma-

tische Verwringung und die Kernspintomografie der rechten Hüfte bestätige das vermutete deutliche femoroazetabuläre Impingement sowie markante Knorpelschäden. Es stelle sich die Frage nach einem Gelenkersatz. Der Beschwerdeführer arbeite aktuell zu 50 %, was recht gut gehe (AB 88).

3.2.3 Im Bericht vom 6. November 2014 hielt Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, es liege eine traumatisch exazerbierte, klinisch und radiologisch fortgeschrittene Coxarthrose rechts vor. Prinzipiell stelle sich hier die Indikation zur Hüfttotalendoprothese (AB 107).

3.2.4 Im Bericht vom 26. November 2014 hielt Dr. med. E. _____ fest, Prof. F. _____ teile die Beurteilung, dass die Hauptproblematik bzw. der Rehabilitationsstillstand mit der exazerbierten deutlichen Coxarthrose rechts zu erklären sei. Wesentliche Anhaltspunkte für eine psychogene Schmerzüberlagerungsproblematik hätten eigentlich nie bestanden. Der arbeitswillige Beschwerdeführer sei durch den langwierigen Verlauf phasenweise etwas deprimiert gewesen. Aktuell gehe es ihm aber psychisch gut und eine eigentliche Depression sei nicht zu erkennen (AB 117).

3.2.5 Im polydisziplinären Gutachten vom 23. Dezember 2014 der Begutachtungsstelle G. _____ (MEDAS) wurden als unfallunabhängige Diagnosen eine aktivierte Coxarthrose rechts bei anlagebedingter Coxa profunda mit Aussenrotations- und Beugekontraktur und eine Coxarthrose links mit deutlicher Funktionseinschränkung sowie als unfallrelevante Diagnose ein Status nach Verkehrsunfall vom 2. September 2012 festgehalten. Orthopädischerseits sei die Beckenringfraktur mit Beteiligung des Os sacrum als auch der oberen und unteren Schambeinfraktur beidseits folgenlos ausgeheilt. Auch die Fraktur der occipitalen Condyle links und des Facettengelenksfortsatzes HWK 3/4 links seien konservativ zur Ausheilung gebracht worden. Es resultiere bei der klinischen Untersuchung eine leicht- bis mittelgradige Funktionseinschränkung der HWS. Derzeit führend sei eine aktivierte Coxarthrose rechts (unfallunabhängig), die sich bei anlagebedingter Coxa profunda seit August 2014 aktiviert habe und zu einer deutlichen Funktionseinschränkung des rechten Hüftgelenkes führe. Eine Hüft-TEP-Implantation rechts sei für den 20. Januar 2015 vorgesehen. Die linksseitige Coxarthrose zeige ebenfalls bereits eine deutliche Funktions-

einschränkung, befinde sich jedoch noch in einem kompensierten Zustand. Aus psychiatrischer Sicht bestehe weder eine unfallrelevante noch eine krankheitswertige Diagnose. Aus neurologischer Sicht werde der Status nach Schädelhirnverletzung links hochparietal mit einem schmalem subduralem Hygrom links frontal beschrieben. Hieraus ergebe sich jedoch keinerlei Einschränkung für die Arbeitsfähigkeit. Soweit aus dem Verlauf und den Angaben des Versicherten zu entnehmen sei, habe sich dieser vollständig von dieser Schädelhirnverletzung erholt. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe zusammenfassend aufgrund des Unfalls vom 2. September 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Unfallunabhängig bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit zu 50 %. Die Arbeitsfähigkeit in der Verweistätigkeit sei nicht eingeschränkt und betrage 100 % (AB 119).

3.2.6 Im Bericht vom 21. Januar 2015 hielt Dr. med. E. _____ fest, es sei zwar richtig, dass bereits anlagemässig eine Coxa profunda (beiderseits) bestanden habe und diese ein Risikofaktor für ein femoroacetabuläres Impingement und im späteren Verlauf für eine Coxarthrose darstelle. Dies sei aber in der Regel eine langsam progrediente Entwicklung über viele Jahre. Vor dem Unfall sei der Patient aber absolut beschwerdefrei gewesen und sei es auch heute noch in der linken, durch den Unfall nicht belasteten Hüfte. Rechts hingegen persistierten die Hüftbeschwerden seit dem Unfall, dies trotz regelrechter Abheilung der Beckenfraktur. Retrospektiv müsse davon ausgegangen werden, dass es traumabedingt zu den entsprechenden Knorpelschäden gekommen sei, was die persistierenden Beschwerden seit dem Unfall hinlänglich erkläre. Dass sich die Coxarthrose radiologisch erst im Verlauf habe nachweisen lassen, sei absolut normal. Deshalb sei zunächst weder seitens der Hüftchirurgie im Spital D. _____ noch seinerseits von einer symptomatischen Coxarthrose ausgegangen worden. Dass Traumata zu einer posttraumatischen Arthrose führten, sei hinlänglich bekannt. Dieser aetiopathogenetische Mechanismus stehe hier gegenüber der Coxa profunda mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Vordergrund. Es sei nochmals festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall an Lokalisation und Qualität dieselben Schmerzen im Hüftgelenks- bzw. Beckenbereich rechts geäussert habe. Es habe kein schmerzfreies Intervall, keine Änderung in der Schmerzlokalisierung oder Schmerzqualität gegeben. Retrospektiv seien somit die persistierenden

Schmerzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Rahmen der durch das Trauma initiierten Coxarthrose zu erklären. Das Unfall-Trauma sei immerhin so massiv gewesen, dass es zu einer Beckenringfraktur gekommen sei (AB 130).

3.2.7 Im Bericht vom 17. März 2015 hielten die Gutachter der MEDAS fest, die Einschätzung von Dr. med. E. _____ könne in mehreren Punkten nicht geteilt werden. Erstens zeige das MRT des Beckens vom 11. Februar 2014 (17 Monate nach dem Unfallereignis) ein unauffälliges Hüft- und ISG-Gelenk. Die von Dr. med. E. _____ postulierten Knorpelschäden des Hüftgelenkes hätten auch 17 Monate nach Unfallereignis nicht vorgelegen. In Kenntnis dieses Befundes habe sogar Dr. med. E. _____ am 12. Februar 2014 festgehalten, dass die Tätigkeit als ... jetzt schrittweise aufgebaut werden könne, eine Wiederaufnahme der Tätigkeit zunächst zu 50 % möglich sei und im Verlauf mit einer Steigerung auf 100 % zu rechnen sei. Zweitens entspreche die Behauptung, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall persistierende Beschwerden im rechten Hüftgelenk habe, nicht den Tatsachen. Erst im August 2014 sei es zu einer akuten Exazerbation der Hüftgelenksbeschwerden gekommen. Erstmalig zeige das MRT des rechten Hüftgelenks vom 4. September 2014 markante Knorpelschäden im anterioren bis superioren Pfannenbereich und am zentralen Kopf. Der Behauptung von Dr. med. E. _____, dass diese traumabedingt seien, könne nicht gefolgt werden. Bei einer primär fehlenden Schädigung des Hüftgelenks (Ausschluss Fraktur, Ausschluss Knorpelschädigung, Ausschluss Begleitverletzung, blutiger Gelenkerguss) könne ätiologisch nicht von einer posttraumatischen Coxarthrose gesprochen werden. Es werde nicht angezweifelt, dass das Unfalltrauma massiv gewesen sei, dennoch habe dieses das rechte Hüftgelenk nicht erreicht. Stattdessen seien beide vorderen Schambeinäste als auch beidseits die Massa lateralis des Sacrums frakturiert (AB 133).

3.2.8 Im Bericht vom 7. April 2015 führte Dr. med. E. _____ aus, die sowohl von den Orthopäden des Spitals D. _____ und auch die eigens erhobenen Befunde belegten die bereits mindestens seit der Becken-CT vom August 2013 vorgelegene Coxarthrose rechts. Die Behauptung des Gutachters der MEDAS, die Coxarthrose sei erst nach dem 11. Februar

2014 aufgetreten, sei somit keineswegs haltbar. Weiter stelle der Gutachter in Abrede, dass der Beschwerdeführer im rechten Hüftgelenk persistierende Beschwerden seit dem Unfall habe. Auch dem müsse widersprochen werden. Gemäss Bericht vom 12. Februar 2014 habe der Beschwerdeführer damals auf die Frage nach der Schmerzlokalisierung ohne zu zögern auf die rechte Inguina (Hüftgelenk) sowie auch den Bereich ISG/SIPS rechtsseitig gezeigt. Er habe absolut glaubhaft erklärt, dass diese Beschwerden seit dem Unfall persistierten. Es sei klar, dass im Rahmen der Beckenringfraktur die Schmerzen zunächst multifaktoriell und nicht nur durch das Hüftgelenk bedingt gewesen seien. Die zweifellos traumatisch initiierte Coxarthrose habe sich im Verlauf aber sukzessive verschlechtert und somit symptomatisch in den Vordergrund geschoben. In einer Röntgenaufnahme kurz nach dem Trauma 2012 seien übrigens beide Hüftgelenke noch als Coxa profunda seitengleich beschrieben worden, es könne somit auch nicht mit einer vorbestehenden Coxarthrose argumentiert werden. Weiter argumentiere der Gutachter, dass das fehlende „bone bruise“ in der MRT gegen einen unfallbedingten Knorpelschaden spreche. Hierzu sei anzumerken, dass die zur Diskussion stehende Hüft-MRT zwei Jahre nach dem Unfall angefertigt worden sei. Ein immer noch persistierendes traumatisch bedingtes Knochenödem bzw. eine Einblutung sei nach dieser langen Latenz aber nicht mehr zu erwarten. Entgegen der Auffassung des Gutachters sei angesichts der Konstruktion des Beckens und dem Trauma von rechts anzunehmen, dass die traumatische Krafteinwirkung zuerst das Trochantermassiv erreicht und sich dann via Schenkelhals, Hüftkopf und Hüftpfanne auf das Becken übertragen habe und zur Beckenfraktur (beide Schambeinäste, Massa lateralis) geführt habe. Die Krafteinwirkung auf den Gelenksknorpel müsse somit erheblich gewesen sein. Dass bereits vor August 2014 Hüftschmerzen vorgelegen hätten, belege auch die Aussage der Orthopäden des Spitals D. _____ vom 18. November 2013, wonach seit der Infiltration ins ISG die Schmerzen zurückgegangen seien und ebenfalls die Schmerzen inguinal regredient seien. Dies impliziere, dass vorher inguinal (also im Hüftgelenksbereich) Schmerzen vorgelegen hätten. Aufgrund dessen werde an der überwiegend posttraumatischen Genese der vorliegenden Coxarthrose festgehalten. Die seit dem Trauma kontinuierlich persistierenden inguinalen Schmerzen (Hüftschmerzen), der Unfallmechanismus und die oben angeführten radiologischen, computertomo-

graphischen und kernspintomographischen Befunde liessen keinen anderen Schluss zu (AB 139).

3.2.9 Im Bericht vom 22. April 2015 hielt Prof. Dr. med. F. _____ fest, nach Angaben des Beschwerdeführers, den Akten inkl. des durchgeführten Gutachtens sei der Beschwerdeführer vor dem Unfall zu 100 % arbeitsfähig und beschwerdefrei gewesen. Am 2. September 2012 sei es zum erwähnten Verkehrsunfall mit Zuzug eines Polytraumas, u.a. einer Beckenringverletzung Typ B, gekommen. Auch wenn die unmittelbar posttraumatische Bildgebung (CT/Röntgen) degenerative Veränderungen, wie subchondrale Sklerosierung und Gelenkspaltverschmälerung bei ungünstiger Hüftgelenksmechanik im Sinne eines femoroacetabulären Mischimpingements ergeben habe, so sei dies jedoch asymptomatisch gewesen. Die Kraft, die erforderlich sei, um bei einem jungen gesunden Patienten eine Beckenringverletzung sowohl der vorderen wie auch der hinteren Anteile zu verursachen, sei enorm und müsse mit Sicherheit durch die Hüftgelenke geleitet worden sein, um sowohl vorne als auch hinten Frakturen hervorzurufen. Hierbei könne es durchaus zu nicht knöchernen intraartikulären Schäden im Sinne von Knorpelschäden gekommen sein. Hierzu passe die MRT-Untersuchung vom 20. November 2014 (richtig: 4. September 2014 [AB 88]) mit zentralen Knorpelschäden am Femurkopf, welche nicht unbedingt durch die Impingementkonfiguration begründet seien, da hierbei in erster Linie Pfannenrandschäden hervorgerufen würden. Auch eine Beurteilung durch das Spital D. _____ vom 6. November 2014 spreche von bewegungsabhängigen Hüft- und Leistenschmerzen rechts bei traumatisch exazerbierter Coxarthrose rechts nach Polytrauma. In der Zusammenschau dieser Fakten werde die vorliegende Coxarthrose als posttraumatisch interpretiert, solange nicht eine prätraumatische symptomatische Coxarthrose dokumentiert sei (AB 144).

3.3

3.3.1 Im Januar 2014 beauftragte die Beschwerdegegnerin den Rheumatologen Dr. med. E. _____ mit zusätzlichen Abklärungen (AB 52). Im Bericht vom 12. Februar 2014 (AB 58) verwies dieser auf persistierende Beschwerden in der Beckenregion rechts, u.a. auch im rechten Hüftgelenk (Inguinalregion). Eine im Rahmen dieses Berichts veranlasste Röntgenun-

tersuchung vom 3. Februar 2014 bestätigte das Vorliegen einer Coxarthrose rechts, welche zuvor bereits anlässlich einer CT des Beckens vom 7. August 2013 im Spital D. _____ (AB 49) festgestellt worden war. Dr. med. E. _____ postulierte eine schrittweise Aufnahme der Erwerbstätigkeit vorerst mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und anschliessender Steigerung auf 100 % innert 2-3 Monaten (AB 58 S. 3-4). Entsprechend entschied er, die Arbeitsfähigkeit versuchsweise vom 1. Juni 2014 bis 15. August 2014 auf 70 % zu steigern (AB 77). Nachdem es wieder zu einer Exazerbation der Schmerzen gekommen war, gelangte die Beschwerdegegnerin im August 2014 erneut an Dr. med. E. _____ (AB 87), welcher weitere bildgebende Untersuchungen veranlasste und den Beschwerdeführer bei persistierenden Beschwerden im Bereich der rechten Hüfte und einer „komplexen posttraumatischen Situation“ zur näheren Abklärung des Hüftgelenks und dessen Behandlung an Prof. Dr. med. F. _____ überwies (AB 88). Prof. Dr. med. F. _____ bestätigte in der Folge das Vorliegen einer traumatisch exazerbierten, klinisch und radiologisch fortgeschrittene Coxarthrose rechts und bejahte die Indikation zur Versorgung mit einer Hüfttotalendoprothese (AB 107).

3.3.2 Vor diesem Hintergrund erscheint es zumindest als fraglich, ob das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene MEDAS-Gutachten vom 23. Dezember 2014 (AB 119) erforderlich war. Die anlässlich des Unfalls vom 2. September 2012 erlittene Beckenringfraktur war unbestrittenermassen abgeheilt. Als Unfallfolge persistierten allein noch die erwähnten Hüftgelenksbeschwerden, die nach übereinstimmender Einschätzung des Dr. med. E. _____ und des von diesem hinzugezogenen Spezialisten, Prof. Dr. med. F. _____, auf eine durch den Unfall aktivierte, damit zumindest teilverursachte Coxarthrose zurückzuführen waren (AB 88, 107, 117).

3.3.3 Die Ausführungen im MEDAS-Gutachten vermögen aber auch inhaltlich nicht zu überzeugen. So hat Dr. med. E. _____ mit Bezugnahme auf die Ausführungen der MEDAS-Gutachter einlässlich und nachvollziehbar dargelegt, dass dieselbe erhebliche Krafteinwirkung (durch den Aufprall von rechts), die zu mehreren Frakturen im Bereich des Beckenrings führte, auch den Gelenksknorpel des Hüftgelenks schädigte (AB 139). Hierfür sprechen gemäss Prof. Dr. med. F. _____ auch die mit MRT vom

4. September 2014 (AB 88) festgestellten zentralen Knorpelschäden, welche für eine Impingementkonfiguration untypisch seien (AB 144). Sodann hat Dr. med. E. _____ schlüssig und in Übereinstimmung mit den Vorakten dargelegt, dass entgegen der Darlegung der MEDAS-Gutachter die Schmerzen im Hüftgelenksbereich anfänglich zwar durch die Knochenbrüche des Beckenrings überlagert wurden, jedoch von Beginn weg anhaltend vorhanden waren (AB 130, 139). So wurde namentlich bereits im Bericht von Dr. med. H. _____ vom 13. Mai 2013 speziell auf inguinale Schmerzen und Ausrotationsschmerzen in der rechten Hüfte hingewiesen (AB 31). Damit vermag das Gutachten des MEAS den Nachweis des Erreichens des status quo ante vel sine nicht zu erbringen. Nicht begründet ist denn auch die Auffassung des MEDAS, die Coxarthrose sei erst 2014 aktiviert worden (AB 119/25 Mitte), wenn schon im August 2013 im CT eine Coxarthrose abgebildet worden ist (AB 49/2). In diesem CT war zwar ebenfalls keine „bone bruise“ zu erkennen, aber auch dies war fast ein Jahr nach dem Unfall, so dass ohne weiteres von einer Heilung auszugehen und insoweit auf die Auffassung des Dr. med. E. _____ abzustellen ist.

3.4 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin den Nachweis des Anspruch aufhebenden Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 2. September 2012 und den Hüftgelenksbeschwerden nicht erbracht, sodass sie über den 1. Februar 2014 hinaus leistungspflichtig bleibt.

In Gutheissung der Beschwerde ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 1. September 2015 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG für die Folgen des Ereignisses vom 2. September 2012 über den 1. Februar 2014 hinaus auszurichten.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt Dr. B. _____ vom 1. März 2016 sind die von der Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzenden Parteikosten auf Fr. 3'418.20 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der SWICA vom 1. September 2015 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG für die Folgen des Ereignisses vom 2. September 2012 über den 1. Februar 2014 hinaus auszurichten.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'418.20 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SWICA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.