

200 22 113 UV
KOJ/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Dezember 2022

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Visana Versicherungen AG
Leistungszentrum UVG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 16
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. Januar 2022 (Unfall-Nr.:
19.047326)



Sachverhalt:

A.

Der 2002 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Visana Versicherungen AG (Visana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 22. August 2019 am 21. April 2019 anlässlich eines Fussballspiels bei der Ballabgabe einen plötzlichen Schmerz im Leistenbereich bzw. in der Hüftgegend verspürte (Akten der Visana, Antwortbeilage [AB] 1). Befragt zum Hergang des Ereignisses vom 21. April 2019 führte er aus, vor dem Abspielen des Balls ausgerutscht zu sein (AB 17). In der Folge gewährte die Visana im Zusammenhang mit diesem Ereignis die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen (AB 21 f.). Nachdem die Visana im März 2020 das medizinische Dossier ihrem beratenden Arzt zur Beurteilung vorgelegt hatte (AB 32 f.), teilte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 20. April 2020 formlos mit, dessen Beschwerden seien ab dem 9. November 2019 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf das Ereignis vom 21. April 2019 zurückzuführen, weshalb die Leistungen per 8. November 2019 eingestellt würden (AB 34). Da der Versicherte mit dieser Leistungseinstellung nicht einverstanden war (vgl. AB 37 ff.), verfügte die Visana am 27. November 2020 entsprechend (AB 50 ff.). Eine hiergegen erhobene Einsprache (AB 63 ff.) wies sie nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen (vgl. AB 86 ff.) und nach Konsultation des beratenden Arztes (AB 103 ff.) mit Entscheid vom 19. Januar 2022 (AB 111 ff.) ab.

B.

Hiergegen liess der Versicherte, wie schon im Einspracheverfahren durch Rechtsanwalt B. _____ vertreten, mit Eingabe vom 18. Februar 2022 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids seien ihm im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21. April 2019 die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen über den

8. November 2019 hinaus zu erbringen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. März 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin, in Abweichung vom Einspracheentscheid vom 19. Januar 2022 sei festzustellen, dass das Ereignis vom 21. April 2021 kein Unfallereignis darstelle, und im Übrigen sei dieser Einspracheentscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

Mit Replik vom 5. Juli 2022 (samt Ergänzung vom 2. August 2022) und Duplik vom 17. August 2022 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Mit der Kostennote reichte der Beschwerdeführer am 24. August 2022 zusätzlich eine (Kurz-)Stellungnahme ein.

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 19. Januar 2022 (AB 111 ff.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21. April 2019 über den 8. November 2019 hinaus.

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 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]).

2.1.1 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).

2.1.2 Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem 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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 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; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

2.2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes

auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163).

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 Unfalles 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 (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.3 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

Der Unfallversicherer hat 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. In gleichem Sinne ist auch hinsichtlich der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden zu entscheiden. Danach kann der Unfallversicherer trotz vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die Adäquanz verneinen und gestützt hierauf die Leistungen ex nunc einstellen. Nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

2.4 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin macht vorab geltend, bei richtiger Betrachtung stelle das Ereignis vom 21. April 2019 gar keinen Unfall dar (Beschwerdeantwort S. 5 ff.; Duplik S. 2 ff.), was entsprechend festzustellen sei (Beschwerdeantwort S. 2 Antrag Ziff. 1).

3.2 Vorliegend ist ein Feststellungsinteresse der Beschwerdegegnerin zu verneinen, hat sie doch mit Verfügung vom 27. November 2020 (AB 50 ff.) und bestätigt durch den Einspracheentscheid vom 19. Januar 2022 (AB 111 ff.) die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro eingestellt, womit hier ein rechtsgestaltender Verwaltungsakt im Streite liegt (vgl. BGE 130 V 388 E. 2.4 S. 391).

3.3 Abgesehen davon besteht kein Anlass, von der ursprünglichen Einschätzung der Beschwerdegegnerin gemäss ihrem Schreiben vom 20. September 2019, wonach sie das fragliche Ereignis als Unfall anerkannte (AB 21 f.), abzuweichen. Damals stützte sie sich zu Recht auf die Angaben des Beschwerdeführers im Fragebogen vom 3. September 2019, wonach er vor dem Abspielen des Balls ausgerutscht ist (AB 17), was einen ungewöhnlichen Faktor darstellt (vgl. E. 2.1.1 hiervor; vgl. auch SVR 2008 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.3). Dabei handelt es sich um die erstmalige Schilderung des Ereignisablaufs durch den Beschwerdeführer, mithin um dessen Angaben der ersten Stunde (vgl. dazu BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47). Daran ändert nichts, dass das Formular erst mehrere Monate nach dem Ereignishergang und zudem handschriftlich von sei-

ner Mutter ausgefüllt wurde (vgl. Replik S. 4 f.), hat der Beschwerdeführer doch dasselbe – im Gegensatz zu der von der Arbeitgeberin eingereichten Bagatellunfall-Meldung (AB 1) – (mit-)unterzeichnet.

3.4 Da nach dem in E. 3.3 hiervoor Ausgeführten beim Ereignis vom 21. April 2019 von einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG auszugehen ist, erübrigen sich spezifische Ausführungen zum Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung (vgl. E. 2.1.2 hiervoor; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 30, Replik S. 8 und Duplik S. 6): Ist nämlich eine Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, bleibt der Unfallversicherer so oder anders solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70; vgl. auch E. 2.2.3 hiervoor).

4.

4.1 Umstritten ist insbesondere die Frage der Kausalität zwischen dem Unfall vom 21. April 2019 und den nach wie vor geltend gemachten Beschwerden (vgl. E. 2.2 hiervoor). Dazu lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

4.1.1 Wegen Schmerzen im Hüftgelenk konsultierte der Beschwerdeführer erstmals am 26. Juni 2019 seinen Hausarzt Dr. med. C._____, Praktischer Arzt und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und gab dabei an, sich beim Fussballspiel im April 2019 eine Zerrung zugezogen zu haben. Der Hausarzt bescheinigte im Befund eine komplette Flexion rechts sowie unauffällige DMS (Kontrolle der Durchblutung, Motorik und Sensibilität) und bei der Diagnose den Verdacht auf eine Zerrung des Leistenbands rechts. Weiter bejahte er die Unfallkausalität und schlug eine offenkundig bereits eingeleitete spezialärztliche Beurteilung durch Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor (Bericht vom 30. August 2019 [AB 16 = Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage {BB} 6]; vgl. auch AB 95).

4.1.2 Dr. med. D. _____ diagnostizierte im Bericht vom 27. August 2019 zum einen Hüft-/Leistenschmerzen rechts bei Status nach Flexions-trauma Hüfte rechts beim Fussball am 24. (recte: 21.) April 2019 mit Verdacht auf Ausriss der Apophyse des Musculus rectus femoris und zum anderen eine Rotationsinstabilität OSG links bei Status nach Distorsionstrauma 2013/14. Im Stehen zeige sich ein Beckenschiefstand nach rechts. Während die linke Hüfte keine Einschränkung der Beweglichkeit zeige, finde sich rechts ab gut 90° Flexion ein erhöhter Gewebewiderstand. Bei gleichzeitiger Adduktion und Innenrotation komme es zu einem inguinalen Schmerz. Es bestünden leichte Druckschmerzen im Bereich der Spina iliaca anterior inferior, nicht aber im Bereich der Spina iliaca anterior superior. Die Bildgebung liefere keine Zeichen für ein femoroacetabuläres Impingement, doch zeige sich eine Verkalkung im Insertionsbereich des Musculus rectus femoris in Projektion auf die Spina iliaca anterior inferior (AB 14 f. = BB 7; vgl. auch AB 10 f.).

4.1.3 Dr. med. E. _____, Facharzt für Radiologie, verneinte im Bericht vom 27. August 2019 eine frische ossäre Läsion und ein femoroacetabuläres Impingement, erkannte aber eine ovaläre Verdichtung (bzw. Transparenzminderung) im rechten Hüftgelenk, welche am ehesten einem akzessorischen Knochenelement entspreche (AB 12 = BB 8).

4.1.4 Die nachfolgende CT-Abklärung vom 6. September 2019 ergab einen Status nach Abriss der Apophyse der Spina iliaca anterior inferior rechts, wobei die Apophyse kaudal noch weitgehend vom restlichen Knochen abgetrennt erscheine (4 mm breiter Spalt) und lediglich ventrokranal ein ossärer Durchbau bestehe (Bericht des Dr. med. F. _____, Facharzt für Radiologie, vom 6. September 2019 [AB 20]; vgl. auch AB 23 = BB 9).

4.1.5 In der Folge diagnostizierte Dr. med. D. _____ im Bericht vom 7. Oktober 2019 einen "traumatischen Apophysenausriss Spina iliaca anterior inferior rechts" und wies (infolge entsprechender Diagnosestellung erst im September 2019) auf einen protrahierten Verlauf hin (AB 25 = BB 10). Im KG-Eintrag vom 8. November 2019 empfahl er bei Status nach Apophysenausriss mit nun geheilter Knochenstruktur die Weiterführung der Physiotherapie, wobei keine weiteren Verlaufskontrollen vereinbart worden seien (AB 27 = BB 14). Mit weiterem Bericht vom 26. Februar 2020 rekapi-

tulierte er als Diagnose den Ausriss der Apophyse des Musculus rectus femoris rechts und wies wiederholt auf einen protrahierten Verlauf hin. Nach positivem Verlauf (mit Kraftaufbau) sollte dann der Abschluss der Behandlung erfolgen (AB 30 = BB 11).

4.1.6 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie sowie für Intensivmedizin, erkannte in der basierend auf der CT-Aufnahme vom 6. September 2019 (vgl. E. 4.1.4 hiervor) erstellten 3D-Rekonstruktion des Beckens eine 'elefantenrüsselartige' Veränderung an der Spina iliaca anterior inferior rechts. Dies stelle einen Vorzustand dar, der überwiegend wahrscheinlich nicht durch das Ereignis vom 21. April 2019 herbeigeführt worden sei. Im Bereich dieser Spina habe der Beschwerdeführer am 21. April 2019 einen knöchernen Abriss erlitten. Spätestens mit der Untersuchung vom 8. November 2019 habe gemäss Dr. med. D._____ von einer geheilten Knochenstruktur ausgegangen werden können (vgl. E. 4.1.5 hiervor), womit der Status quo sine betreffend Situation der veränderten Spina iliaca anterior inferior erreicht worden sei (Bericht vom 19. März 2020 [AB 32 f. = BB 12]).

4.1.7 Am 15. Oktober 2020 kam es zu einer weiteren Verlaufskontrolle bei Dr. med. D._____ aufgrund anhaltender Schmerzen ventral an der rechten Hüfte, dies bei der Hüftflexion ab 95° in Normrotation und Schmerzzunahme bei gleichzeitiger Innenrotation. Es bestehe eine lokalisierte Druckdolenz mit Angabe des Maximalschmerzens im Bereich der Spina iliaca anterior inferior, wo im Seitenvergleich eine deutliche Prominenz des Knochens zu palpieren sei. Im durchgeführten CT vom 6. September 2019 (vgl. E. 4.1.4 hiervor) zeige sich die möglicherweise nur partiell konsolidierte Ausrissfraktur der Spina iliaca anterior inferior. Entsprechend müsse von einer anhaltenden Irritation resp. Sehnenreizung ausgegangen werden. Es stelle sich nun die Frage nach einer operativen Therapie (Sprechstundenbericht vom 15. Oktober 2020 [AB 44 = BB 13]; vgl. auch AB 47). Anlässlich der Sprechstunde vom 13. Januar 2021 konkretisierte Dr. med. D._____ das Prozedere dahingehend, dass mittelfristig bei anhaltenden Beschwerden die Indikation zur operativen Entfernung der schmerzhaften Verknöcherung bei Status nach Apophysenausriss gestellt werden müsse (Sprechstundenbericht vom 13. Januar 2021 [AB 77]).

4.1.8 Mit Schreiben vom 14. Dezember 2020 äusserte Dr. med. D._____ sein Befremden zur Beurteilung des beratenden Arztes (vgl. E. 4.1.6 hiervor) dahingehend, dass dieser beim jungen Patienten nach stattgehabtem plausiblen Unfallereignis trotz der offensichtlichen Seitendifferenz der knöchernen Strukturen von einem Vorzustand ausgehe. Auch wenn er (Dr. med. D._____) in der Untersuchung vom 8. November 2019 von einer konsolidierten ossären Situation gesprochen habe (vgl. E. 4.1.5 hiervor), heisse das nicht, dass wieder ein normaler Vorzustand mit korrekten anatomischen Verhältnissen eingetreten sei. Er (Dr. med. D._____) gehe nicht davon aus, dass eine Instabilität des partiell konsolidierten Knochenfragments ursächlich sei; vielmehr sei die veränderte Anatomie mit lokal störendem ossärem Vorsprung für die Beschwerden verantwortlich. Entsprechend seien die Restbeschwerden unfallbedingt und voraussichtlich mache nur eine chirurgische Exzision dieser ossären Prominenz eine langfristige Beschwerdereduktion möglich (AB 59 f. = BB 15).

4.1.9 Der die Beschwerdegegnerin ebenfalls beratende Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erachtete es im Bericht vom 20. Oktober 2021 (AB 103 ff.) als insgesamt wenig bestritten, dass beim Beschwerdeführer eine Affektion an der Spina iliaca anterior inferior (SIAI) rechts, dem proximalen ossären Ansatz des Musculus rectus femoris ventral am Beckenrand, vorliege. Dabei kämen im Grundsatz zwei Pathologien in Frage, einerseits eine entzündliche Veränderung im Sinne einer Apophysitis der SIAI durch eine chronische Überbelastung (typischerweise im Zusammenhang mit sportlichen Aktivitäten) und andererseits eine eigentliche Avulsionsfraktur durch ein einzelnes Trauma. Da es auch im zweitgenannten Fall bei Jugendlichen nur gelegentlich zu einer – zudem meistens geringen – Dislokation des Knochens komme, sei eine Unterscheidung der beiden Entitäten allein anhand von bildgebenden Befunden oftmals erschwert. Dies gelte vor allem dann, wenn die Diagnostik erst mit einer grösseren Latenz zu einem potenziellen traumatischen Auslöser erfolge und Reparationsvorgänge im Gange seien, die bei beiden erwähnten Pathologien intensiv sein könnten. Aufgrund der Bildgebung lasse sich im vorliegenden Fall zwar eine klare Ursache für die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden ausmachen, doch lasse deren Ätiologie zumindest im

Grundsatz weiterhin beide genannten Möglichkeiten offen. So zeige sich auf den Röntgenbildern zwar ein vom Aspekt her eher lobuliertes Knochenplus an der SIAI, doch liessen sich keine Frakturlinien abgrenzen.

In der medizinischen Literatur zu (traumatisch bedingten) akuten Avulsionsfrakturen an der SIAI werde neben Schmerz fast übereinstimmend eine unmittelbar auftretende funktionelle Schwäche beschrieben, wodurch typischerweise das Gangbild beeinträchtigt werde und nicht selten sogar der Einsatz von Gehstöcken notwendig werde. Im Rahmen der radiologischen Abklärungen wäre bei einer Avulsionsfraktur an der SIAI zudem zu erwarten, dass sich auch nach gut vier Monaten zumindest in der Schichtbildung noch Residuen einer ehemaligen Frakturlinie finden liessen. Anders präsentiere sich die Situation bei der ausschliesslich bei Jugendlichen auftretenden Apophysitis der SIAI. Da es sich dabei um eine über einen langen Zeitraum ablaufende Pathologie handle, seien die Beschwerden oftmals undulierend und meistens abhängig von bestimmten Bewegungen. Obwohl auch traumatische Apophysen-Alterationen zu einer überschießenden Knochenreaktion führen könnten, sei dies für eine entzündliche Problematik besonders typisch und namentlich auch dadurch gekennzeichnet, dass sich zu keinem Zeitpunkt eine eindeutig abgrenzbare Frakturlinie finden lasse. Übertrage man diese Erkenntnisse auf den konkreten Fall des Beschwerdeführers, falle primär auf, dass er nach dem Ereignis vom 21. April 2019 ohne Unterbruch habe weiterarbeiten können, obwohl er in seiner Tätigkeit im Verkauf mehrheitlich im Stehen und Gehen beschäftigt sei. Auch sonst sei er im Alltag beschwerdefrei gewesen und habe andere Sportarten als Fussball durchführen können. Allein dies mache es somit wenig wahrscheinlich, dass es beim Fussballspielen an besagtem Tag zu einer Avulsionsfraktur der SIAI gekommen sei, da hierauf überwiegend wahrscheinlich die erwähnte eingeschränkte Gehfähigkeit zu erwarten gewesen wäre. Auch zeigten die Bilddokumente nicht einmal residuelle Hinweise auf eine stattgehabte Fraktur mit einer eindeutig abgrenzbaren Frakturlinie. Hingegen passten sowohl der vorliegend dokumentierte klinische Verlauf mit den undulierenden und an bestimmte Bewegungen assoziierten Beschwerden wie auch die Bildgebung sehr gut zu einer chronischen Apophysitis der SIAI. Diese sei zwar überwiegend wahrscheinlich beim Fussballspiel am 21. April 2019 schmerzhaft aktiviert worden, doch habe in der

Folge nie der Nachweis erbracht werden können, dass sie dabei auch makrostrukturell beeinflusst worden sei im Sinne einer richtunggebenden Veränderung. Selbst bei sehr grosszügiger Beurteilung sei die schmerzhafte Aktivierung der daselbst bestehenden chronischen Veränderungen einer Apophysitis nach höchstens sechs Monaten folgenlos ausgeheilt, womit spätestens bei der Konsultation vom 8. November 2019 (vgl. E. 4.1.5 hier- vor) von einem morphologischen Status quo sine habe ausgegangen werden dürfen.

4.1.10 Der Beschwerdeführer konsultierte am 8. Februar 2022 Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Dieser diagnostizierte chronisch rezidivierende Hüft- beschwerden rechts mit/bei Status nach Distorsion/Trauma der Hüfte rechts beim Fussball am 24. (recte: 21.) April 2019, extraartikulärem Im- pingement bei Status nach Trauma sowie Status nach Ausriss der Apophy- se des Musculus rectus femoris rechts beim Fussball am 24. (recte: 21.) April 2019. Es zeige sich eine chronische Schmerzsymptomatik im Bereich der rechten Hüfte bei Zustand nach Trauma. In der Bildgebung aus dem Jahr 2019 zeige sich eine Abrissfraktur der Apophyse über der SIAI. Wahr- scheinlich seien die Schmerzen durch zweierlei Aspekte bedingt. Einerseits sei eine Enthesopathie sicherlich vorhanden über dem Rectus. Zusätzlich komme es zu einem extraartikulären Impingement durch die ungünstigen ossären Verhältnisse über der SIAI, nachdem diese nach dem Abriss un- günstig sei. Ein Kausalzusammenhang bestehe vollumfänglich, solche Ver- letzungen könnten bekannterweise auftreten, insbesondere bei Fussball- spielern (BB 16).

4.1.11 Dr. med. H. _____ nahm im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 5. März 2022 Stellung zum Bericht des Dr. med. I. _____ vom 8. Febru- ar 2022 (vgl. E. 4.1.10 hier- vor). Einleitend wies er darauf hin, dass sich Dr. med. I. _____ erstmals knapp drei Jahre nach dem Ereignis vom 21. April 2019 mit der Problematik an der rechten Hüfte des Beschwerde- führers befasst habe, wobei er wohl nur eingeschränkten Zugang zu den zeitnah verfassten Dokumenten gehabt habe. Differenzialdiagnostische Überlegungen beispielsweise im Hinblick auf eine Apophysitis am proxima- len Ansatz des Musculus rectus femoris (SIAI) würden fehlen. Schliesslich

werde die Kausalität reichlich pauschal damit begründet, dass beim Fussballspiel eine erhöhte Gefahr für eine Affektion des Musculus rectus femoris bestehe, unter anderem auch an seinem proximalen Ansatz an der SIAI (AB 142 ff.).

4.1.12 Am 11. Mai 2022 erfolgte die operative Entfernung der Verknöcherung der SIAI der rechten Hüfte durch Dr. med. I. _____ (BB 20). Hierauf Bezug nehmend führte Dr. med. I. _____ gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 1. Juni 2022 aus, der sich im Vorfeld sowohl klinisch als auch bildgebend (vgl. BB 19) gezeigte lokale Befund habe sich bestätigt, indem sich anlässlich der Operation ein Abriss der Insertion der Musculus rectus femoris-Sehne rechts gezeigt habe. Dort habe sich eine Verknöcherung gezeigt, bedingt durch den Abriss im sehnigen Anteil der Ursprungsstelle. Durch die Anamnese, die im Vorfeld der Operation erfolgte Bildgebung als auch durch den während der Operation angebotenen anatomischen Situs könne aus orthopädischer Sicht klar bestätigt werden, dass eine Unfallkausalität durch die Hüftdistorsion, welche der Beschwerdeführer am 21. April 2019 erlitten habe, gegeben sei (BB 18).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in

Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.2 Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. April 2021, 8C_672/2020, E. 2.3). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; BGer 8C_672/2020, E. 2.3).

Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pau-

schale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; BGer 8C_672/2020, E. 2.3).

4.2.3 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

4.3 Die Beschwerdegegnerin stellt vorliegend auf die Aktenbeurteilungen ihrer beratenden Ärzte Dres. med. G._____ (AB 32 f.) und H._____ (AB 103 ff., 142 ff.) ab, wonach mit der Affektion an der SIAI ein Vorzustand mit entzündlichem Geschehen im Sinne einer Apophysitis der SIAI vorgelegen habe und spätestens am 8. November 2019 der morphologische Status quo sine wieder erreicht gewesen sei. Demgegenüber geht der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Einschätzungen seiner behandelnden Ärzte von einem Ab- bzw. Ausriss (Avulsionsfraktur) der Apophyse der SIAI rechts (so namentlich AB 20, 25, 27, 30, BB 16, 18) aus mit nachfolgenden ungünstigen ossären Verhältnissen (Verknöcherung; so namentlich BB 16, 18; vgl. auch AB 60). Unbestritten ist somit das Vorliegen einer Affektion an der SIAI (vgl. auch AB 103), umstritten jedoch deren Genese (Abriss mit anschliessender störender Verknöcherung oder Vorzustand mit entzündlichem Geschehen).

Die Berichte der beratenden Ärzte Dres. med. G._____ und H._____ sind für sich allein genommen zwar stimmig, doch begründen die Berichte der beratenden Ärzte Zweifel im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E. 4.2.2 hiervor):

4.3.1 Gemäss Dr. med. G._____ stellt die 'elefantenrüsselartige' Veränderung an der SIAI einen Vorzustand dar (AB 33). Er begründet diese Einschätzung jedoch nicht und setzt sich namentlich nicht mit der Möglich-

keit einer ungünstigen knöchernen Verheilung nach erfolgtem Abriss der SIAI auseinander.

4.3.2 Dr. med. H. _____ weist darauf hin, dass bildgebend keine frische ossäre Läsion festgestellt wurde (AB 104; vgl. auch AB 12 [betreffend Röntgenuntersuchung vom 27. August 2019]). Indessen wird nach einem CT des Beckens vom 6. September 2019 klar ein Status nach Abriss der Apophyse der SIAI befundet, wobei die Apophyse kaudal noch weitgehend vom restlichen Knochen abgetrennt erscheine (AB 20). Zu dieser Bildgebung hält Dr. med. H. _____ fest, die eigentliche knöchernen Struktur der SIAI sei im Vergleich mit der linken Seite nahezu identisch (AB 104); demgegenüber erwähnt Dr. med. D. _____ am 14. Dezember 2020 eine offensichtliche Seitendifferenz der knöchernen Strukturen (AB 60). Auch gemäss Dr. med. I. _____ zeigt die "Bildgebung aus dem Jahr 2019" eine Abrissfraktur der Apophyse über der SIAI (BB 16/2). Gemäss Bericht vom 1. Juni 2022 wurde dieser Befund anlässlich der Operation vom 11. Mai 2022 bestätigt (BB 18).

4.3.3 Dr. med. H. _____ hält zwar zu Recht fest, dass Dr. med. D. _____ die Möglichkeit einer Apophysitis, d.h. eines entzündlichen Krankheitsbildes, nicht in Erwägung gezogen habe (AB 105 unten). Die Einschätzung von Dr. med. D. _____ wird durch die vorerwähnte CT-Bildgebung (AB 20) jedoch gestützt, womit für ihn offensichtlich kein Anlass für differentialdiagnostische Überlegungen bestand.

4.3.4 Dr. med. H. _____ weist am 20. Oktober 2021 darauf hin, dass in der medizinischen Literatur bei akuten Avulsionsfrakturen an der SIAI neben dem Auftreten von Schmerzen regelmässig eine unmittelbar auftretende funktionelle Schwäche beschrieben wird (AB 105 oben). Dies wird durch eine Internet-Recherche (vgl. z.B. <www.swiss-surgery.swiss/beckenchirurgie/sehnenverletzungen-am-becken/>, <<https://flexikon.doccheck.com/de/Avulsionsfraktur>>, <www.medlexi.de/Abrissfraktur> und <www.medizin-kompakt.de/abrissfraktur>, zuletzt besucht am 24. November 2022) bestätigt. Vorliegend werden in den echtzeitlichen Unterlagen zwar Schmerzen erwähnt, nicht jedoch ein eigentlicher Funktionsausfall. So hat Dr. med. C. _____ im KG-Eintrag vom 26. Juni 2019 festgehalten, dass der Beschwerdeführer aktuell zwar keinen Fussball spielen könne, jedoch

keine Beschwerden beim sonstigen Sport oder im Alltag beständen (AB 95). Dieser Bericht wurde indes mehr als zwei Monate nach dem fraglichen Ereignis verfasst und ist daher für die unmittelbar nach dem Ereignis herrschenden Verhältnisse nicht aussagekräftig. Sodann hat Dr. med. I. _____ im Bericht vom 8. Februar 2022 (BB 16) anamnestisch festgehalten, nach dem Ereignis sei eine Minderbelastbarkeit aufgetreten und der Beschwerdeführer habe kaum noch das Bein anheben können (wobei er sich hier wohl auf die Angaben des Beschwerdeführers gestützt haben dürfe).

4.3.5 Soweit die Dres. med. G. _____ und H. _____ auf die Feststellung von Dr. med. D. _____ im KG-Eintrag vom 8. November 2019 hinweisen, wonach ein "St. n. Apophysenaustriss mit nun geheilter Knochenstruktur" bestehe (AB 27), heisst dies gemäss Dr. med. D. _____ nicht, dass wieder ein normaler Vorzustand mit korrekten anatomischen Verhältnisse eingetreten sei (AB 60).

4.4 Gestützt auf die derzeitige Aktenlage und mit Blick auf den massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.2.1 und 2.2.3 hiervor) bestehen zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin. Insofern erweist sich der Sachverhalt hinsichtlich des Eintritts des Status quo sine vel ante per 8. November 2019 als nicht rechtsgenügend erstellt, weshalb ein Urteil in der Sache nicht möglich ist. Somit ist der Sachverhalt in Form einer neutralen Begutachtung in der Disziplin Orthopädie weiter zu klären. Die Beschwerdegegnerin hat bisher kein externes Gutachten in Auftrag gegeben, was sie nun nachzuholen hat.

Folglich ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Januar 2022 (AB 111 ff.) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Veranlassung einer orthopädischen Begutachtung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBl 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1).

Mit Kostennote vom 24. August 2022 macht Rechtsanwalt B. _____ einen Aufwand bzw. ein Honorar von Fr. 4'603.50 (17.05 h à Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 158.50 und Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 366.65 (7.7 % von Fr. 4'762.--), total Fr. 5'128.65 geltend, was insbesondere mit Blick auf die sich stellenden Sachverhaltsfragen und den doppelten Schriftenwechsel nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung ist demnach auf Fr. 5'128.65 (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Visana Versicherungen AG vom 19. Januar 2022 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewie-

sen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'128.65 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Visana 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.