



Fall-Nr.: UV 2018/83
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 01.09.2020
Entscheiddatum: 12.06.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 12.06.2020

Art. 6 UVG: Bejahung der Kausalität zwischen einem radiologisch erhobenen Labrumriss und einem Sturz vom Fahrrad auf die rechte Hüfte unter Berücksichtigung der Unfalldiagnose einer direkten Kontusion der rechten Hüfte (Entscheid des Versicherungsgerichts vom 12. Juni 2020, UV 2018/83).

Entscheid vom 12. Juni 2020

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2018/83

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

Sympany Versicherungen AG, Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand



Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) war seit dem 6. August 2012 bei der Z.____ als kaufmännische Angestellte tätig und dadurch bei der Sympany Versicherungen AG (nachfolgend: Sympany) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 26. Juni 2015 mit dem Fahrrad auf die rechte Seite stürzte (act. G 5.1, G 5.8). Am 3. September 2015 fand eine Erstbehandlung durch Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, statt, der einen Status nach Velosturz mit direkter Kontusion rechtes Kniegelenk und rechte Hüfte diagnostizierte und die Versicherte für eine Röntgenuntersuchung des Hüftgelenks und MRT-Untersuchungen des Hüft- und Kniegelenks dem Röntgeninstitut H.____ zuwies (act. G 5.8). Die am 7. September 2015 durchgeführte Röntgenuntersuchung des Hüftgelenks brachte normale ossäre Strukturen mit normal weitem Gelenkspalt und ohne Hinweis auf eine Schmerzursache ossär zur Darstellung (act. G 5.2). In den MRT-Untersuchungen vom 25. September 2015 zeigten sich Bone bruise-Zonen der Tibia lateral, des Femurkopfes und -halses sowie geringeren Ausmasses des oberen und unteren Schambeinastes rechts und ein kleiner Labrumriss rechts anterosuperior (act. G 5.3). Am 3. November 2015 wurde die Versicherte durch Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie Y.____, untersucht, der ebenfalls einen Status nach Velosturz mit direkter Kontusion des rechten Kniegelenks und der rechten Hüfte diagnostizierte und eine Physio- und medikamentöse Therapie verordnete (act. G 5.4). Eine zweite und letzte Untersuchung durch Dr. C.____ fand am 1. Dezember 2015 statt. Im Untersuchungsbericht vom 7. Dezember 2015 berichtete er, dass mit der Physiotherapie eine deutliche Schmerzregredienz habe erzielt werden können. Die Physiotherapie werde noch etwas fortgesetzt, ansonsten seien jedoch keine spezifischen Massnahmen mehr notwendig. Eine Nachkontrolle sei nicht erforderlich (act. G 5.5, vgl. auch act. G 5.6).

A.b. Am 19. Februar 2018 erfolgte durch die Arbeitgeberin der Versicherten eine als Rückfall zum Unfall vom 26. Juni 2015 bezeichnete Unfallmeldung (act. G 5.7). Laut



Bericht von Dr. B.____ vom 3. März 2018 war die Versicherte wegen Schmerzen in der rechten Hüfte und einer Schwäche in dieser Region am 16. Februar 2018 wieder bei ihm vorstellig geworden, worauf er sie erneut an die Y.____ überwiesen hatte (act. G 5.8). Dort war sie am 20. Februar 2018 durch Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersucht worden, der persistierende Hüftschmerzen rechts mit/bei Status nach Velosturz anfangs Dezember 2015 diagnostiziert hatte (act. G 5.10). Eine MRT-Untersuchung des rechten Hüftgelenks, welche durch ihn veranlasst und am 28. Februar 2018 in der I.____ durchgeführt worden war, hatte den bereits bekannten knorpelseitigen Labrumriss kranioventral sowie eine leichte femoroacetabuläre Chondropathie dorsal gezeigt (Grad 1-2; act. G 5.9). Im Bericht vom 20. März 2018 zur Untersuchung vom 7. März 2018 hielt Dr. D.____ fest, dass der Labrumriss traumatisch bedingt sei, weil in den durchgeführten kernspintomographischen Bildgebungen kein femoroacetabuläres Impingement sichtbar gewesen sei. Er vermute die Schmerzursache im Labrumriss (act. G 5.11).

A.c. In der Folge unterbreitete die Sympany den Schadenfall ihrem beratenden Arzt Dr. med. E.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, zur Beurteilung der Kausalität der als Rückfall zum Unfall vom 26. Juni 2015 gemeldeten Hüftschmerzen rechts ohne erneutes Trauma. Dr. E.____ verneinte am 21. März 2018 eine Rückfallkausalität sowie das Vorhandensein traumatischer Läsionen und bezeichnete die Hüftbeschwerden als unfallfremd (act. G 5.12). Gestützt auf diese Beurteilung teilte die Sympany der Versicherten mit Schreiben vom 22. März 2018 mit, dass ihre ab dem 20. Februar 2018 behandlungsbedürftigen Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Unfalls vom 26. Juni 2015 seien. Die Sympany könne daher keine Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung erbringen (act. G 5.13).

A.d. Nachdem sich die Versicherte mit Schreiben vom 19. April 2018 mit der Leistungsablehnung nicht einverstanden erklärt hatte (act. G 5.17), unterbreitete die Sympany den Schadenfall erneut Dr. E.____, der am 2. Mai 2018 an seiner Beurteilung festhielt (act. G 5.19).

A.e. Darauffolgend bestätigte die Sympany mit Verfügung vom 4. Mai 2018 die Ablehnung der Ausrichtung von Versicherungsleistungen aus der obligatorischen



Unfallversicherung für den Rückfall bzw. die ab dem 20. Februar 2018 behandlungsbedürftigen Beschwerden in der Hüftgend (act. G 5.23).

A.f. Dr. D.____ berichtete am 7. Mai 2018 über eine Untersuchung der Versicherten vom 25. April 2018. Er stellte die Diagnose persistierender Hüftschmerzen rechts mit/bei Verdacht auf einen symptomatischen Labrumriss Hüfte rechts und erklärte, dass nun auf Wunsch der Versicherten die Anmeldung zur operativen Sanierung der rechten Hüfte im Sinne einer Hüftarthroskopie erfolge (act. G 5.22). Bereits am 26. April 2018 hatte Klinik J.____ der Sympany ein entsprechendes Kostengutsprachegesuch für einen stationären Aufenthalt der Versicherten vom 17. bis 21. Mai 2018 zur Durchführung einer Hüftarthroskopie mit Labrumrefixation ex Trimmung rechts eingereicht (act. G 5.21; siehe auch act. G 5.20).

B.

Mit Eingabe vom 8. Mai 2018 erhob die Versicherte gegen die Verfügung vom 4. Mai 2018 Einsprache (act. G 5.25). Diese wies die Sympany gestützt auf eine ausführliche versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. E.____ vom 5. November 2018 (act. G 5.27) mit Einspracheentscheid vom 12. November 2018 ab (act. G 5.28).

C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 12. November 2018 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) mit Eingabe vom 3. Dezember 2018 Beschwerde mit dem Antrag, der angefochtene Einspracheentscheid betreffend die Verfügung vom 4. Mai 2018 sei aufzuheben und die Beschwerde sei gutzuheissen. Sinngemäss wurde zudem die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen für den als Rückfall zum Unfall vom 26. Juni 2015 gemeldeten Labrumriss im rechten Hüftgelenk beantragt (act. G 1).

C.b. In der Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2019 beantragte die Sympany (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), die Beschwerde sei abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 12. November 2018 sei zu bestätigen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 5). Zur Begründung ihres Antrags hatte die Beschwerdegegnerin am 4. Februar 2019 Dr. E.____ nochmals zwei Fragen gestellt (act. G 5.29), welche dieser am 18. Februar 2019 beantwortet hatte (act. G 5.30).

C.c. Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 7).



Erwägungen

1.

Angesichts dessen, dass die Beschwerdegegnerin nach der Beschwerdeeinreichung eine medizinische Stellungnahme von Dr. E.____ (act. G 5.30) eingeholt hat, ist zunächst zu prüfen, ob sie mit diesem Vorgehen das Prinzip des Devolutiveffekts verletzt hat (vgl. dazu BGE 136 V 5 E. 2.5 mit Hinweis und BGE 127 V 231 f. E. 2b/aa mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2014, E. 5.2.3). Zwar beantwortete Dr. E.____ in der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 18. Februar 2019 (act. G 5.30) offenkundig bedeutsame Fragen im Zusammenhang mit der Beurteilung der Unfallkausalität, andernfalls die Beschwerdegegnerin ihm diese auch nicht gestellt hätte. Allerdings hat sie den versicherungsmedizinischen Sachverhalt bzw. die Frage der Unfallkausalität bereits im Verwaltungsverfahren durch Dr. E.____ abklären lassen. Die von der Beschwerdegegnerin nach der Beschwerdeeinreichung an Dr. E.____ gerichteten Fragen waren von diesem bereits in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 5. November 2018 (act. G 5.27) thematisiert worden, doch wurden seine Ausführungen von der Beschwerdeführerin in der Beschwerde nochmals konkret hinterfragt und zur erneuten Beurteilung vorgebracht. Aufgrund dieser Sachlage kann der Beschwerdegegnerin nicht vorgeworfen werden, sie habe die notwendigen Abklärungen in ein späteres Verfahren verschoben. Es erscheint sachgerecht, dass sie die konkreten Vorbringen der Beschwerdeführerin nochmals von Dr. E.____ überprüfen und genauer - insbesondere durch einschlägige medizinische Literatur - belegen liess. Im Übrigen ist festzuhalten, dass dessen interne versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung ohne Mitwirkung der Beschwerdeführerin erstellt worden ist und keine namhafte Verzögerung des Beschwerdeverfahrens verursacht hat. Ausserdem ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin einer Aufhebung des Einspracheentscheids mit Rückweisung der Sache aus formellen Gründen gegenüber einem materiellen Entscheid nicht den Vorzug geben würde. Die fragliche Aktenbeurteilung von Dr. E.____ wurde der Beschwerdeführerin zusammen mit der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin zugestellt. Insofern kann auch nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden. Aus all diesen Gründen ist von keiner Verletzung des Devolutiveffekts auszugehen. Vielmehr rechtfertigt es sich, die versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. E.____ vom 18. Februar 2019 (act. G 5.30) aus verfahrensökonomischen Gründen für die Beurteilung der Unfallkausalität zu berücksichtigen und somit in den materiellen Entscheid einzubeziehen (vgl. dazu auch



Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2014, E. 5.5, und 15. Januar 2014, 8C_40/2013, E. 5.5).

2.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2015 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

3.

3.1. Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, in: Kommentar zum Schweizerischen Unfallversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 48 ff. zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 66 zu Art. 6 UVG, Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/ Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53, 59 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, BGE 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Ob ein



natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f., Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 4).

3.2. Gemäss Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle gewährt, wobei ein Rückfall einen besonderen revisionsrechtlichen Tatbestand im Sinn von Art. 22 UVG darstellt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt. Da der Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis in der Vergangenheit anschliesst, kann er eine Leistungspflicht des (damals haftbaren Unfallversicherers) nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 89 f. zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 117 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 78 f.;).

3.3. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4, BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.). Ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie von Dr. E.____ am 5.



November 2018 (act. G 5.27) und 18. Februar 2019 (act. G 5.30) erstellt wurden, sind nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

3.4. Gemäss dem im Sozialversicherungsrecht herrschenden Untersuchungsgrundsatz hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über die Rechte und Pflichten so oder anders zu entscheiden ist. Die Parteien tragen nur insofern eine Beweislast, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der bei einem Rückfall zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Ist ein solcher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, trägt damit die versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f., 79; RKUV Nr. U 206 S. 328 E. 3b; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 90 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 117 zu Art. 6 UVG). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten natürlichen Kausalität nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Diese Beweislastverteilungen greifen allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen - die blosse Möglichkeit genügt, wie bereits erwähnt, nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, BGE 119 V 337 E. 1, BGE 118 V 289 E. 1b, BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen, BGE 117 V 261 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. Zürich 2020, N 53, 59 zu Art. 43 ATSG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Locher/ Gächter, a.a.O., § 70 N. 56 ff.). Die Versicherungsträger haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Anspruchs gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten das Verfahren nicht



erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, weshalb sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (SVR 2013 UV Nr. 9, 8C_592/2012, E. 5.2; Kieser, a.a.O., N 54 zu Art. 43 ATSG).

4.

Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen den der Beschwerdegegnerin am 19. Februar 2018 durch die Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin gemeldeten (act. G 5.7), ab 16. Februar 2018 bei Dr. B.____ und nachfolgend auch bei Dr. D.____ behandelten Hüftgelenksbeschwerden rechts (act. G 5.8, G 5.10 f., G 5.16, G 5.18) und dem Unfall vom 26. Juni 2015 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, so dass ein Rückfall bejaht werden kann. Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin allein gestützt auf die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. E.____ vom 5. November 2018 (act. G 5.27) und 18. Februar 2019 (act. G 5.30) verneint.

5.

5.1. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten (BGE 134 V 231) - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, CT, MRT, EEG) bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2).

5.2. Unbestritten ist, dass sich bei der Beschwerdeführerin bereits anlässlich der in zeitlicher Nähe zum Unfall, d.h. im Rahmen des Grundfalls, am 25. September 2015 im Röntgeninstitut H.____ durchgeführten MRT-Untersuchung des rechten Hüftgelenks ein kleiner Labrumriss rechts antero-superior als organisches Substrat manifestiert hatte (act. G 5.3). Dieser gelangte unverändert auch in der im Rahmen des Rückfalls bei der Radiologie I.____ veranlassten MRT-Bildgebung vom 28. Februar 2018 zur Darstellung (act. G 5.9). Labrumrisse stellen zwar laut medizinischer Literatur eine degenerative Erkrankung dar, doch stellt Dr. E.____ zu Recht nicht in Frage, dass sie auch als Folge eines Traumas auftreten können (vgl. dazu act. G 5.30; S. D. Steppacher/M. Tannast/K. A. Siebenrock, Klinik und Poliklinik für Orthopädische Chirurgie, Inselspital, Universität Bern, "Labrumläsionen des Hüftgelenks", in Orthopädie und Unfallchirurgie up2date3 2008, S. 215 ff.; <https://gelenk-klinik.de/hueftgelenk/labrumlaesion-verletzung-der-gelenklippe-der-huefte.html#ursachen>, abgerufen am 9. Juni 2020; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie,



4. Aufl. Bern 2005, S. 721. f., 953 f., 975; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 182). Ausserdem sind die am 19. Februar 2018 als Rückfall zum Unfall vom 26. Juni 2015 gemeldeten und seit 16. bzw. 20. Februar 2018 (fach)ärztlich behandelten Hüftbeschwerden offensichtlich auf die Labrumläsion zurückzuführen. So vermutete Dr. D.____ im Untersuchungsbericht vom 20. März 2018 die Schmerzursache im Labrumriss (act. G 5.11), und die Beschwerdeführerin trat am 17. Mai 2018 für eine Hüft-Arthroskopie mit Labrumrefixation ex Trimmung rechts in die Klinik J.____ ein (act. G 5.20, G 5.21). Vor diesem Hintergrund ist eine Verursachung des Labrumrisses durch den Unfall vom 26. Juni 2015 grundsätzlich in Betracht zu ziehen.

5.3. Dadurch, dass die Beschwerdegegnerin für die Folgen des Unfalls vom 26. Juni 2015 Leistungen erbrachte, anerkannte sie jedoch nicht bereits eine natürliche Kausalität zur Labrumläsion rechts. Im Grundfall diagnostizierten die behandelnden Ärzte Dr. B.____ und Dr. C.____ bei der Beschwerdeführerin eine Hüftgelenkskontusion (act. G 5.4 ff., G 5.8). Als kontusionsbedingte Schäden zeigten sich in der MRT-Bildgebung vom 25. September 2015 Bone bruise-Zonen des Femurkopfs und -halses sowie in geringerem Ausmass des oberen und unteren Schambeinastes rechts (act. G 5.3). Bei einer Kontusion handelt es sich um eine Weichteilverletzung ohne strukturelle Schädigung der Gelenke und Knochen, die nach der medizinischen Erfahrung - wie auch von Dr. E.____ in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 5. November 2018 (act. G 5.27) festgestellt - ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit folgenlos ausheilt und bei der sich die damit verbundenen Beschwerden innert kurzer Zeit demzufolge gänzlich zurückbilden (Debrunner, a.a.O., S. 412). Nach der Erstbehandlung durch Dr. B.____ am 3. September 2015 (act. G 5.8) konsultierte die Beschwerdeführerin am 3. November und 1. Dezember 2015 Dr. C.____, der im Untersuchungsbericht vom 7. Dezember 2015 erklärte, dass keine Nachkontrolle mehr erforderlich sei (act. G 5.4 f.). In der MRT-Bildgebung vom 28. Februar 2018 konnte sodann kein Bone bruise mehr nachgewiesen werden (act. G 5.9). In den Akten sind während rund drei Jahren bis zur Untersuchung durch Dr. B.____ am 16. Februar 2018 (act. G 5.8) keine ärztlichen Untersuchungen oder Behandlungen mehr dokumentiert. Aufgrund dieses Sachverhalts stellte Dr. E.____ in der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 5. November 2018 schlüssig und überzeugend fest, dass Kontusionen sowie Bone bruise folgenlos abheilen und dies auch bei der Beschwerdeführerin der Fall sei (act. G 5.27). Während die Beschwerdegegnerin unstreitig ihre Leistungspflicht für die vorgenannten vorübergehenden Gesundheitsschäden anerkannt hat, kann dies nicht für den Labrumriss gelten. Zwar war dieser bereits im Grundfall aktenkundig, doch wurde er in den damaligen ärztlichen Berichten nie explizit als behandlungsbedürftig oder beschwerdeverursachend



diskutiert. Die Beschwerdegegnerin hatte im Grundfall keinen erkennbaren Anlass, den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 26. Juni 2015 und dem Labrumriss näher zu prüfen und hat dies offensichtlich auch nicht getan. Demnach bleibt es auch im Rückfallverfahren dabei, dass die Beschwerdeführerin die Beweislast bezüglich des Nachweises des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der rechten Labrumläsion und dem Unfallereignis vom 26. Juni 2015 trägt. Gegebenenfalls hätte sie deshalb auch die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. Erwägung 3.4).

6.

Nachfolgend ist mithin zu prüfen, ob der Labrumriss rechts im Bereich des rechten Hüftgelenks der Beschwerdeführerin auf den Unfall vom 26. Juni 2015 zurückzuführen ist. Die allgemeine Feststellung von Dr. E.____ in der Stellungnahme vom 5. November 2018 (act. G 5.27), dass eine Labrumläsion respektive ein Labrumriss keinen spezifisch traumatischen Befund darstelle, ist - wie bereits erwähnt (vgl. Erwägung 5.2) - zu bestätigen. Insofern braucht es bei einem Gesundheitsschaden, der im Regelfall krankheits- bzw. degenerativ bedingt ist, eindeutige Hinweise, damit - im Einzelfall - eben nicht von einer krankheits- bzw. degenerativ bedingten, sondern von einer traumatischen Gesundheitsschädigung ausgegangen werden kann. Entsprechend beleuchtet Dr. E.____ in seinen Stellungnahmen vom 5. November 2018 (act. G 5.27) und 18. Februar 2019 (act. G 5.30) verschiedene Kausalitätskriterien, die nach seiner Beurteilung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gegen eine traumatische Verursachung der Labrumläsion rechts sprechen. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, vermögen jedoch die Ausführungen von Dr. E.____ nicht zu überzeugen und ist in der Gesamtwürdigung der vorliegenden Akten davon auszugehen, dass der Velosturz vom 26. Juni 2015 auf die rechte Hüfte mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit den Labrumriss, der für die als Rückfall gemeldeten Beschwerden verantwortlich ist, verursacht hat.

7.

7.1.

7.1.1. Dr. E.____ diskutiert zunächst den Unfallmechanismus und die initiale Unfalldiagnose, welche entscheidende Komponenten für die Beurteilung der Kausalitätsfrage bilden. Laut Dr. E.____ sind für einen traumatischen Labrumschaden ein direktes Hochenergietrauma des Hüftgelenks, traumatische Hüftluxationen oder bestimmte Konfigurationen von Azetabulumfrakturen gefordert. Er belegt seine Feststellung anhand des von ihm mit seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2019 (act.



G 5.30) eingereichten medizinischen Fachartikels (S. 220). Insbesondere die Luxation und Subluxation werden auch in der weiteren medizinischen Literatur als Unfallmechanismus bzw. Unfalldiagnose mehrfach beschrieben (Steppacher/Tannast/Siebenrock, a.a.O., S. 216, 220; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 210 "Bankart-Läsion"; Roche Lexikon, a.a.O., S. 182; Prometheus, LernAtlas der Anatomie, Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem, 4. Aufl., S. 264; Debrunner, a.a.O., S. 722). Dr. E.____ stellt in der Stellungnahme vom 5. November 2018 (act. G 5.27) nachvollziehbar fest, dass keine Hinweise für eine Hüftluxation, eine Subluxation oder eine Fraktur im Azetabulumbereich bestehen würden. Die behandelnden Ärzte Dr. B.____ und Dr. C.____ stellten jedoch als Unfalldiagnose in Übereinstimmung mit einem Sturz vom Fahrrad eine direkte Kontusion der rechten Hüfte (act. G 5.4 ff., G 5.8), welche an sich ein direktes Hochenergietrauma bedeuten könnte. Die Aussage von Dr. E.____, dass die Angabe einer Kontusion für die Anerkennung eines durch ein Hochenergietrauma verursachten und damit traumatischen Labrumrisses nicht ausreiche, vermag in Bezug auf den konkreten Fall aus folgenden Gründen nicht zu überzeugen und ist damit nicht genügend beweiskräftig.

7.1.2. Zunächst ist festzustellen, dass Dr. E.____ Facharzt für Allgemeine Innere Medizin ist und seine medizinische Tätigkeit laut FMH-Verzeichnis (<https://www.doctorfmh.ch/>, abgerufen am 9. Juni 2020) einzig in versicherungsmedizinischer Beratung besteht. Für die Würdigung des konkreten Falles, bei welchem es um eine orthopädische oder orthopädisch-chirurgische Detailbeurteilung geht, verfügt er damit nicht über eine genügende Qualifikation. Die Beweiskraft seiner Beurteilung ist dadurch bereits geschmälert.

7.1.3. Auf die Frage der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 3. Dezember 2018 (act. G 1; vgl. auch act. G 5.1.29), aufgrund welcher Evidenz ein Labrumriss ausschliesslich auf ein Hochenergietrauma zurückzuführen sei, antwortet Dr. E.____ in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2019 (act. G 5.30), dies entspreche einer medizinischen Erfahrungstatsache und der Literatur und verweist wiederum auf den mit der Stellungnahme eingereichten Fachartikel. Eine allgemeine, bundesgerichtlich und in der Literatur anerkannte Erfahrungstatsache - vergleichbar mit jener im Zusammenhang mit der Ursachenbeurteilung von Diskushernien (vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193, E. 2a mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 72 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.) - ist jedoch nicht



bekannt. Eine eigene Erfahrung kann Dr. E.____ nicht vorweisen. Insofern ist die Aussagekraft seiner Begründung gering.

7.1.4. Eine Beweisführung anhand medizinischer Literatur ist an sich zulässig. Beigezogene Fachartikel müssen inhaltlich jedoch einerseits schlüssig und zuverlässig sein und vor allem auch eine geeignete Grundlage für die Beurteilung der sich stellenden medizinischen Frage bilden. Sie müssen bezogen auf den konkreten Fall die ärztlichen Schlussfolgerungen überprüf- und nachvollziehbar machen. Das einzige Mal, wo im Fachbeitrag von Steppacher/Tannast/Siebenrock (a.a.O.) ein Hochenergietrauma überhaupt erwähnt wird, ist auf S. 220. Dort heisst es: "Die offensichtlichste Form eines Labrumschadens ist die Labrumavulsion beim direkten Hochenergietrauma des Hüftgelenks". Ein solcher Labrum**abriss**, der auch noch häufig mit einem ossären Ausriss des Azetabularrandes kombiniert ist, wurde bei der Beschwerdeführerin unstreitig nie diagnostiziert. Vielmehr wurde bei ihr - wie bereits in Erwägung 5.3 erwähnt - ein kleiner Labrum**einriss** rechts antero-lateral zeitnah zum Unfall bildgebend festgestellt (act. G 5.3) und nach der Rückfallmeldung bildgebend bestätigt (act. G 5.9). Dass dafür ein Hochenergietrauma vorausgesetzt wäre - wie Dr. E.____ behauptet - ist dem von ihm eingereichten Fachbeitrag nirgends zu entnehmen. Als Ursache für einen Labrum**einriss** dürfte ein Sturz direkt auf die rechte Hüfte, von dem die behandelnden Ärzte Dr. B.____ (act. G 5.8), Dr. C.____ (act. G 5.4 ff.) und Dr. D.____ (act. G 5.10) ausgingen, ohne Weiteres ausreichen. So lässt sich beispielsweise dem Beitrag der beiden Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. med. F.____ und Dr. med. G.____ "Labrumläsion (Verletzung der Gelenkklippe der Hüfte)" entnehmen, dass ein solcher Schaden nur schon durch falsche Bewegungen, die mit einer Rotation der Hüfte einhergehen - typischerweise bei sportlicher Aktivität - sowie durch Verletzungen und Krankheiten, welche den Knochen oder den Knorpel des Hüftgelenks schädigen, entstehen kann (<https://gelenk-klinik.de/hueftgelenk/labrumlaesion-verletzung-der-gelenkklippe-der-huefte.html>., abgerufen am 9. Juni 2020).

7.1.5. Nach dem Sturz konnten im Rahmen der MRT-Untersuchung vom 25. September 2015 in der Rodiag Bone bruise-Zonen des Femurkopfs und -halses sowie in geringerem Ausmass des oberen und unteren Schambeinastes rechts erhoben werden (act. G 5.3). Angesichts des in Erwägung 7.1.4 Gesagten, vermögen auch die Ausführungen von Dr. E.____ zu den Ödemzonen eine traumatische Verursachung des Labrum**einrisses** bei der Beschwerdeführerin nicht zu widerlegen. Dr. E.____ erklärt in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2019 (act. G 5.30), dass Ödemzonen unspezifisch seien und sowohl überlastungsbedingt als auch traumatisch bedingt auftreten könnten. Bei einem Trauma könnten sie zwar durchaus ein Hinweis für eine



relevante Krafteinwirkung sein, doch müssten für einen traumatischen Labrumriss zusätzlich Frakturen oder Zeichen einer Luxation bestehen, welche er, wie bereits erwähnt - in Übereinstimmung mit den vorliegenden medizinischen Akten, insbesondere dem MRT-Untersuchungsbericht vom 25. September 2015 (act. G 5.3) -, bei der Beschwerdeführerin als nicht gegeben bezeichnet. Dasselbe gilt für den von Dr. E.____ zusätzlich geforderten sofortigen Funktionsverlust im Hüftbereich. Wie gesagt, ist jedoch im vorliegenden Fall kein Labrumabriss, sondern (nur) ein Labrumeinriss zu beurteilen. Dass die Forderungen von Dr. E.____ auch bei einem Labrumeinriss gelten, ist in keiner Weise belegt. So ist jedenfalls darauf hinzuweisen, dass noch drei Monate nach dem Unfall vom 26. Juni 2015 Bone bruise-Zonen (Ödemzonen) nachweisbar waren (vgl. act. G 5.3), was auch in Übereinstimmung mit Dr. E.____ ein Hinweis dafür ist, dass das Knorpel- und Knochengewebe im Bereich des Hüftgelenks signifikant in Mitleidenschaft gezogen worden ist.

7.2.

7.2.1. Laut Dr. E.____ ist ausserdem das Alter der Beschwerdeführerin von 47 Jahren kein überzeugendes Kriterium für einen traumatischen Labrumrschaden. Auch diesbezüglich verweist er auf den fachärztlichen Artikel von Steppacher/Tannast/Siebenrock (a.a.O., S. 216), wonach Labrumläsionen beim jungen Patienten alarmierend seien. Heutzutage werde von einer Prävalenz von ca. 10 - 15 % in der jungen Bevölkerung ausgegangen. Weiter führt Dr. E.____ aus, dass Labrumläsionen bei fortgeschrittenen Arthrosen des Hüftgelenks Bestandteil der degenerativen Veränderungen und meist ein chronisch degenerativer Prozess seien. Entsprechend ist dem fachärztlichen Artikel von Steppacher/Tannast/Siebenrock (a.a.O., S. 216) zu entnehmen, dass Labrumläsionen offensichtlich im Endstadium der Koxarthrose auftreten würden, weshalb in früheren Studien auch eine erhöhte Prävalenz in der älteren Personengruppe gefunden worden sei.

7.2.2. Die Stichhaltigkeit der obigen epidemiologischen Ausführungen bzw. die von Dr. E.____ daraus gezogene Schlussfolgerung für den konkreten Fall - das Alter der Beschwerdeführerin beweise keinen traumatischen Labrumrschaden - ist fraglich. Die Bezugnahme auf die Prävalenz von Labrumläsionen in der jungen Bevölkerung ist lediglich eine allgemeine statistische Feststellung mit einem Aussageinhalt, aus dem sich keine offenkundig überzeugende Erkenntnis für den konkreten Fall gewinnen lässt. Die Prävalenz in der jungen Bevölkerung mag zwar alarmierend sein, doch ist die Beschwerdeführerin weder eine junge Patientin noch ist eine Prävalenz von 10 bis 15% ein Wert, der in Bezug auf die Beschwerdeführerin eine traumatische Labrumläsion



praktisch ausschliessen würde. Festzustellen ist aber vor allem auch, dass sich bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der MRT-Untersuchung vom 25. September 2015 (act. G 5.3) keine Coxarthrose gezeigt hatte. Erst in der MRT-Untersuchung vom 28. Februar 2018 (act. G 5.9) hat sich eine femoroazetabuläre Chondropathie dorsal, jedoch nur eine leichte (Grad 1-2), gezeigt. Vor diesem Hintergrund kann in Bezug auf die Beschwerdeführerin eigentlich sogar gefolgert werden, dass sich bei ihr die epidemiologischen Erkenntnisse glücklicherweise nicht bestätigt haben. Die vorgenannten epidemiologischen Erkenntnisse lassen durchaus voneinander abweichende Gesundheitszustände zu und es muss in Bezug auf die Beschwerdeführerin gestützt auf das Beurteilungskriterium der Epidemiologie nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer degenerativ bedingten Labrumläsion ausgegangen werden.

7.3. In der Gesamtwürdigung der vorliegenden Akten und der Erwägungen 7.1 f. ist festzustellen, dass die Ausführungen von Dr. E.____ nicht darzulegen vermögen, weshalb der am 25. September 2015 objektivierte Labrum~~e~~inriss rechts antero-superior (act. G 5.3) und der in der MRT-Bildgebung vom 28. Februar 2018 (act. G 5.9) weiterhin beschriebene knorpelseitige Labrumriss kranioventral keine Verletzungsfolge des Unfalls vom 26. Juni 2015 darstellt. Dr. D.____ spricht sich im Bericht vom 20. März 2018 (act. G 5.11) eindeutig für einen traumatisch bedingten Labrum~~e~~inriss aus. Er erklärt seine Ansicht überzeugend damit, dass in den durchgeführten kernspintomographischen Bildgebungen kein femoroazetabuläres Impingement sichtbar gewesen sei, welches auch laut Dr. E.____ ursächlich für eine Labrumläsion hätte sein können (vgl. dazu auch Steppacher/Tannast/Siebenrock, a.a.O., S. 216, 218), aber im Falle der Beschwerdeführerin nicht vorliege.

7.4. Anzufügen ist abschliessend, dass die zeitliche Abfolge nur in solchen Fällen einen ungenügenden Beweis für eine Unfallkausalität darstellt (vgl. dazu die grundsätzliche Untauglichkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" [BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 67 zu Art. 6 UVG; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Berlin 1989, S. 460 Fn 1205; Kieser, a.a.O., N 96 zu Art. 4 ATSG; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb, SVR 2009 UV Nr. 13, 8C_590/2007, S. 52, E. 7.2.4, sowie SVR 2008 UV Nr. 11, U 290/06, S. 34, E. 4.2.3, je mit Hinweisen), in denen das Vorliegen einer strukturellen Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden kann. Im vorliegenden Fall wurde jedoch bei der Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 26. Juni 2015 ein Labrum~~e~~inriss radiologisch objektiviert (act. G 5.3) und lässt eine Gesamtbetrachtung im Sinne der vorangegangenen Erwägungen die überwiegend wahrscheinliche Schlussfolgerung einer traumatischen Verursachung des



Labrumeinrisses zu. Die Beschwerdegegnerin hat damit ihre Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung für einen Rückfall zu Unrecht verneint und hat für diesen die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

8.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gutzuheissen.
Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.