

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 48

Entscheid vom 9. Dezember 2022

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. **B.** _____,

gegen

C. _____ **AG**,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Unfallkausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1996) war (seit dem 9.11.2016) als medizinische Praxissassistentin bei der D._____ GmbH angestellt und dadurch bei der C._____ AG (nachfolgend C._____) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Schadenmeldung UVG vom 21. Oktober 2020 am 20. Oktober 2020 beim Laufen durch die Garage in einen "defekten Boden-Gitterrost" fiel. In der Schadenmeldung werden als Verletzungen je eine Verdrehung/Verstauchung des (jeweils) rechten Fuss- sowie Handgelenks und Knies erwähnt und als monatlicher Bruttolohn bei einem vertraglichen Beschäftigungsgrad von 20% Fr. 1'000.-- (x 13) angegeben (Vi-act. 1). Gemäss Arzzeugnis vom 21. Dezember 2021 des erstbehandelnden Arztes (Erstbehandlung am Unfalltag), Dr.med. E._____ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin), erlitt sie ein Supinationstrauma OSG RE und eine Kniedistorsion RE mit Meniskusriss (Vi-act. 18; vgl. für weitere Beurteilungen und Diagnosestellungen angefochtener Einspracheentscheid, Sachverhalt).

B. Die C._____ richtete der Versicherten für die Folgen des Unfalls Leistungen aus (vgl. z.B. Vi-act. 54). Mit Verfügung vom 23. September 2021 setzte die C._____ den versicherten Verdienst von A._____ fest, welche hiergegen am 26. Oktober 2021 Einsprache erheben liess. Gegen den in der Folge ergangenen Einspracheentscheid vom 24. März 2022 liess A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Beschwerde erheben. Mit VGE I 2022 25 vom 17. Oktober 2022 wies das Verwaltungsgericht diese Beschwerde ab.

C. Am 11. April 2022 verfügte die C._____ nach dreimaliger Vorlage der Unterlagen an ihren Vertrauensarzt Dr.med. F._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH) bei den Diagnosen "Distorsionstrauma rechtes OSG (Bone bruise Malleolus lateralis) und rechtes Knie mit Riss medialer Meniskus, Labrumläsion recht Hüfte bei Impingmentkonfiguration, St.n. Microfrakturierung medialer Femurkondylus Knie rechts, St.n. Microfrakturierung medialer Femurkondylus Knie links 2016" u.a. was folgt (vgl. Vi-act. 134 [Hervorhebung gemäss Original]):

Der Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Beschwerden an der Hüfte und dem Unfall ist nicht mehr nachgewiesen. Ihre Mandantin hat deshalb ab 30.03.2022 keinen Anspruch mehr auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung für die **Hüfte**.

Unpräjudiziell verzichten wir auf eine Rückforderung der Leistungen für die Hüfte.

Von dieser Leistungseinstellung nicht betroffen sind die Kniebeschwerden rechts für welche wir weiterhin die gesetzlichen Heilungskosten erbringen werden.

Die weiterhin vom behandelnden Arzt attestierte Arbeitsunfähigkeit ist bezogen auf das angestammte Pensum nicht mehr ausgewiesen, weshalb wir unsere Taggeldleistungen per 30.04.2022 einstellen.

Zusammengefasst stellten wir die Heilungskosten in Bezug auf die Hüfte wie auch die Taggeldleistungen per 30.04.2022 ein.

(...).

D. Am 13. April 2022 liess A. _____ Einsprache erheben (Vi-act. 136) und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 11. April 2022, soweit die die Kausalität der Hüftbeschwerden abgelehnt worden sei, sowie die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen.

E. Mit Einspracheentscheid vom 14. Juli 2022 entschied die C. _____ wie folgt über die Einsprache (Vi-act. 140 = Bf-act. 2):

1. Die Einsprache wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
- 3.-4. (Rechtsmittelbelehrung; Zustellung).

F. Am 13. September 2022 lässt A. _____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 14.7.2022 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen auszurichten.
3. Dieses Verfahren sei mit dem Verfahren I 2022 25 zu vereinigen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MWST zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

G. Mit Vernehmlassung bzw. Beschwerdeantwort vom 19. September 2022 beantragt die C. _____, die Beschwerde vom 13. September 2022 sei abzuweisen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Nachdem über die strittige Taggeldhöhe mit VGE I 2022 25 bereits entschieden wurde (vgl. Ingress Bst. B), ist der Antrag auf Verfahrensvereinigung gegenstandslos.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR

830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 Erw. 9.3).

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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung zu den im Sinn von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzu-

folge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteile BGer 8C_549/2021 vom 7.1.2022 Erw. 4.2; 8C_287/2020 vom 27.4.2021 Erw. 3.1; 8C_669/2019 vom 25.3.2020 Erw. 4; Traub, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache, in: SZS 2009, S. 479).

2.3.1 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten 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 (vgl. BGE 146 V 51 Erw. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

2.3.2 Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden, und ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) degenerativer Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 Erw. 4.3), und zwar selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person Anspruch auf operative Eingriffe mit einschliessender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwie-

gender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Schmerzen diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil BGer 8C_326/2008 vom 24.6.2008). Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (Urteil BGer 8C_423/2012 vom 26.2.2013 Erw. 5.3 m.H.a. SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, 8C_380/2011 Erw. 4.2.1). Wird durch einen 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 (RKUV 1994 Nr. U 206, S. 326, U 180/93 Erw. 3b, und 1992 Nr. U 142 S. 75, U 61/91 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil BGer 8C_269/2016 vom 10.8.2016 Erw. 2.4).

2.3.3 Steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.).

2.3.4 Anzuführen ist, dass selbst unter der Annahme, der degenerative Vorzustand sei durch das Unfallereignis symptomatisch geworden und mithin sei der Unfall als beschwerdeauslösend zu betrachten, keine Unfallkausalität der ausgelösten Beschwerden ohne zeitliche Beschränkung bejaht werden kann. Vielmehr genügt es für die Beendigung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, dass der Status quo sine vel ante mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten ist. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss dabei nicht durch Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Ge-

sundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2 und 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3, je mit Hinweisen).

2.3.5 Das Auftreten von Beschwerden nach einem Unfallereignis ist für sich allein kein genügender Nachweis für den Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung. Die Regel "post hoc ergo propter hoc" hat daher im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung keine beweisrechtliche Bedeutung (vgl. BSK-ATSG Hofer, Art. 4 Rz. 60 mit Hinweisen auf BGE 142 V 325 Erw. 2.3.2.2; SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, Urteil BGer 8C_331/2015 Erw. 2.2.3.1).

2.4.1 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss auch das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Das Gericht hat seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht (BGE 144 V 427 Erw. 3.2).

Bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, liegt die Beweislast bei der den Leistungsanspruch geltendmachenden versicherten Person. Demgegenüber handelt es sich beim Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung um eine anspruchsaufhebende Tatfrage, weshalb die Beweislast beim Unfallversicherer liegt (SVR 2011 UV Nr. 4, S. 12, 8C_901/2009 Erw. 3.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46, U 355/98 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.4.2 Der Sozialversicherungsprozess ist allerdings vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 Erw. 3.2; BGE 138 V 218 Erw. 6).

2.5.1 Nach Gesetz und Rechtsprechung hat der Unfallversicherer den Fall abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 Erw. 4).

2.5.2 Bei Heilbehandlungen handelt es sich nicht um Dauerleistungen, sondern vorübergehende Leistungen (BGE 133 V 57 Erw. 6.7). Der Versicherungsträger kann vorübergehende Leistungen ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 Erw. 2.3.1; Urteile BGer 8C_187/2017 vom 11.8.2017 Erw. 2.3) oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und leistungsbegründendem Gesundheitsschaden gar nie bestanden hat oder dahingefallen ist (Urteil BGer 8C_319/2020 vom 3.9.2020 Erw. 6.4). Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (Urteil BGer 8C_133/2021 vom 25.8.2021 Erw. 5.2.1 m.w.H.). Steht hingegen die Frage der Rückerstattung zu Unrecht bezogener Leistungen gar nicht zur Diskussion, weil etwa bis zur Leistungseinstellungsverfügung gar keine Leistungen erbracht wurden, stellt sich auch die Frage des Vertrauensschutzes nicht (BGE 133 V 57 Erw. 6.8).

2.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.6.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 Erw. 5.1).

2.6.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 (vgl. BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.6.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vgl. BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (vgl. Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.6.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. RKUV 1988 Nr. U 56, S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und

die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 Erw. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 Die Vorinstanz anerkannte das Unfallereignis vom 20. Oktober 2020 und erbrachte unbestrittenermassen Versicherungsleistungen. Mit Verfügung vom 11. April 2022 stellte die Vorinstanz die Versicherungsleistungen bezüglich Hüfte 'ab 30.3.2022' ein mit der Begründung, der Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Beschwerden an der Hüfte und dem Unfall sei nicht mehr nachgewiesen; auf eine Rückforderung der Leistungen für die Hüfte werde verzichtet. Zudem stellte sie die Taggelder per 30. April 2022 ein mit der Begründung, eine weitere Arbeitsunfähigkeit aufgrund der anerkannten Unfallfolgen sei nicht ausgewiesen. Zusammenfassend hielt sie fest, dass sie "die Heilungskosten in Bezug auf die Hüfte wie auch die Taggeldleistungen per 30.4.2022" einstelle.

3.2 In ihrer Einsprache vom 13. April 2022 liess die Einsprecherin namentlich vortragen, es treffe nicht zu, dass die stattgehabte Operation am 2. August 2021 nur möglicherweise auf das Unfallereignis vom 20. Oktober 2020 zurückgeführt werden könne. Die Kausalität sei überwiegend wahrscheinlich erstellt. Insbesondere könne nicht auf einen relevanten Vorzustand abgestellt werden, "welcher ursächlich wäre für die heutigen Beschwerden" in der rechten Hüfte. Ein Vorzustand wäre von der Unfallversicherung zu beweisen. Dass der intraoperative Befund angeblich ausgeprägter gewesen sei, liefere jedenfalls keinen Beweis, dass der Labrumriss nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückzuführen wäre. Es sei erstellt, dass das Unfallereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch für die Hüftbeschwerden eine kausale Ursache darstelle.

3.3 Der angefochtene Einspracheentscheid bestätigt die Verfügung vom 11. April 2022 (vgl. Erw. 8 i.f.). Die Stellungnahmen des die Vorinstanz beratenden Arztes Dr.med. F. _____ vom 2. April 2022 bzw. von (den Haftpflichtversicherer des für den Unfall vom 20.10.2022 Haftpflichtigen) Dr.med. G. _____ (Spezialist für Allgemein- und Unfallchirurgie FMH, Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV) vom 22. Dezember 2021 seien schlüssig und nachvollziehbar und würden sich auf die Einsicht in sämtliche Akten beziehen. Sie stünden im Einklang zu den ärztlichen Berichten. Hinweise, die an den Stellungnahmen Zweifel begründen würden, würden keine bestehen. Entgegen den Ausführungen in der Einsprache seien bereits im MRI-Bericht vom 27. Januar 2021 degenerative Vorzustände festgehalten worden. Gemäss der Dres.med. G. _____ und F. _____ zeigten sich die degenerativen Veränderungen im Operationsbericht

ausgeprägter als im MRI, weshalb der Labrumriss nur möglicherweise auf den Unfall zurückzuführen sei. Überwiegend wahrscheinlich sei der Labrumriss auf die degenerativen Veränderungen zurückzuführen. Somit sei der Vorzustand ausgewiesen und der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Hüftbeschwerden könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint werden (Erw. 7).

3.4 Vor Verwaltungsgericht lässt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen sinngemäss vorbringen, es sei auffallend, dass sich die Vorinstanz auf die Beurteilungen von Dr.med. G. _____ in seiner damaligen Funktion als beratender Arzt der H. _____ (Haftpflichtfall betreffend das fragliche Unfallereignis) berufe. Dr.med. G. _____ sei in seinem Bericht vom 6. April 2021 betreffend die Hüftbeschwerden von einer richtunggebenden Verschlimmerung eines Vorzustands, verursacht durch das Unfallereignis vom 20. Oktober 2020, ausgegangen. Dabei habe er auch die Hüftoperation vom 4. August 2021 und deren Folgen als dem Unfallereignis vom 20. Oktober 2020 geschuldet beurteilt. In seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2021 berufe sich Dr.med. G. _____ auf den Operationsbericht vom 4. August 2021 und halte zusammenfassend fest, dass die unter Sicht erhaltenen Erkenntnisse und durchgeführten Operationschritte nicht einer unfallkausalen Pathologie entsprechen würden. Auch der Labrumriss wolle er nicht mehr als unfallkausal beurteilen. Eine nachvollziehbare Begründung liefere er jedoch nicht für seine neue Sicht der Dinge. Es wäre angebracht gewesen, den Operateur selbst zu fragen, wenn man sich schon auf die Sicht der Dinge anlässlich der Operation berufe (Beschwerde S. 3 Ziff. 4). Zum ändern beziehe sich die Vorinstanz aber auch auf die Beurteilung von Dr.med. F. _____. Dieser bestätige die Haltung von Dr.med. G. _____ in seiner zweiten Stellungnahme und übernehme praktisch unbesehen dessen Aktenbeurteilung, welche im Auftrag der privaten Haftpflichtversicherung erstellt worden sei. Dieses Vorgehen habe im Rahmen einer dem Untersuchungsgrundsatz unterworfenen Abklärung von Amtes wegen keinen Platz. Die Stellungnahme des behandelnden Arztes zur Aktenbeurteilung der Dres.med. G. _____ und F. _____ stehe noch aus und werde dem Gericht eingereicht, sobald diese vorliege (Beschwerde S. 4 Ziff. 5).

3.5 Vernehmlassend macht die Vorinstanz im Wesentlichen geltend, im Beschwerdeverfahren sei nur noch der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 20. Oktober 2020 und den Hüftbeschwerden strittig. Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde begründe Dr.med. G. _____ in seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2021 seine Meinungsänderung. Zudem sei es nicht aussergewöhnlich, dass während der Operation Befunde festgestellt würden, die

im MRI oder CT nicht ersichtlich gewesen und die betreffend Unfallkausalität massgebend seien. Es könne auf die Stellungnahme von Dr.med. G._____ abgestellt werden. Auch Dr.med. F._____ begründe in seiner Stellungnahme vom 2. April 2022, weshalb auf die Stellungnahme von Dr.med. G._____ abgestellt werden könne und weshalb diese nachvollziehbar sei. Inwiefern die Vorinstanz ihre Abklärungspflicht verletzt habe, wenn sie sich auf die Stellungnahme eines externen Arztes beziehe, die sie ihrem beratenden Arzt vorgelegt habe, werde in der Beschwerde nicht begründet und sei nicht nachvollziehbar. Dr.med. F._____ habe seine eigene Prüfung vorgenommen; nur weil er zum gleichen Schluss gelangt sei, wie der externe Arzt, könne nicht von einer mangelnden Abklärung ausgegangen werden (S. 3 Ziff. 4).

4. Umstritten ist vor Verwaltungsgericht einzig der Kausalzusammenhang zwischen den Hüftbeschwerden und dem Unfallereignis vom 20. Oktober 2020, worauf die Vorinstanz zu Recht hinweist (vgl. auch Beschwerde S. 3 Ziff. 3).

Zum Unfallereignis vom 20. Oktober 2020 und den daran anschliessenden Gesundheitsverlauf ergibt sich aus den Akten u.a. was folgt:

4.1 Gemäss Schadenmeldung vom 21. Oktober 2020 fiel die Beschwerdeführerin in einen defekten Boden-Gitterrost. Ihr Fuss sei dabei hängen geblieben und umgeknickt, "Fuss und Knie rechts aufgeschürft und verdreht. Handgelenk rechts sowie Hüfte rechts angeschlagen initial nur leichte Schmerzen. Schulter rechts und links am Unfalltag nur leichte Schmerzen. Kopf nur leicht angeschlagen" (Vi-act. 1).

4.2.1 Der noch am Unfalltag konsultierte Dr.med. E._____ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin), stellte die Diagnosen Supinationstrauma OSG RE, eine Kniedistorsion RE mit Meniskusriss sowie eine Handgelenkskontusion RE (vgl. Arztzeugnis [erst] vom 21.12.2020, Vi-act. 18).

4.2.2 Dem Eintrag von Dr.med. E._____ in der Krankengeschichte vom 20. Oktober 2020 (in: Vi-act. 60 S. 3) lässt sich entnehmen:

JL	UVG: Heute morgen in der Garage in etwas auf dem Boden gefallen. Mit einer Dachrinne umgeknickt. Dann gestürzt und Knie geschürft, Fuss tue weh, am ehesten Supinationstrauma. HG auch angeschlagen rechts. Möchte Gerne Boostrix polio zur Prophylaxe
Befund	OSG rechts mit Schürfung lat. Dort auch lokale DDo, kein Talusvorschub OSG rechts ap/lat: Kein Hinweis auf frische ossäre Läsion
Procedere	Push Ortho abgegeben, sma

4.3 Gemäss dem Verlaufseintrag von Dr.med. E._____ vom 29. Oktober 2020 (Vi-act. 60 S. 3) würden der Beschwerdeführerin nach dem Unfall alle Gelenke und namentlich auch die rechte Hüfte wehtun. Der Arzt hielt sodann fest: "Bzgl. Hüfte würde ich eher abwarten. Schmerzen eher durch Fehlbelastung und Adipositas."

4.4 Am 28. Oktober 2020 bzw. am 4. November 2020 führte Dr.med. I._____ (FMH Radiologie) ein MRI rechtes Kniegelenk nativ bzw. ein MRI linkes Kniegelenk nativ durch (Vi-act. 11 f.).

4.5 Im "Fragebogen: Gebäude/Treppe" vom 10. November 2020 schilderte die Beschwerdeführerin, sie sei beim Laufen über den Bodengitterrost mit dem Fuss "hereingefallen und gestürzt" bzw. sie sei mit dem Fuss hängen geblieben und sei dadurch gestürzt. Die Beschwerden hätten sich sofort bemerkbar gemacht "(Hüfte rechts, Handgelenk rechts, Knie links und rechts, Fuss/OSG rechts, Schulter links und rechts, Rippen rechts)" (vgl. Vi-act. 7, S. 1 Ziff. 1-3).

4.6 Dr.med. J._____ (Orthopädie & Sportchirurgie K._____ AG) stellte im Sprechstundenbericht vom 13. November 2020 die Diagnosen Innenmeniskusläsion Kniegelenk rechts, Ödem medialer Femurkondylus bei Status nach knorpelregenerativer Therapie Kniegelenk links, OSG-Distorsion rechts mit Talusödem (Vi-act. 13). Im Sprechstundenbericht vom 7. Dezember 2020 befundete derselbe Arzt: "Weiterhin deutlicher Druckschmerz im Bereich des medialen Gelenkspaltes bei positivem Steinmann I- und II-Test. Generelle Flexion/Extension 125/0/0° mit endgradigem Beugeschmerz. Stabiles MCL und stabiles VKB und HKB. Kein intraartikulärer Erguss. Im Bereich des linken Kniegelenkes deutlich weniger Druckschmerz im Bereich des medialen Femurkondylus. Hier freie Beweglichkeit. Die Meniskuszeichen sind negativ (Vi-act. 15).

4.7 Gemäss dem von L._____, Spezialistin Leistungsaussendienst der Vorinstanz, am 18. Dezember 2020 verfassten "Bericht Leistungsaussendienst Unfall" berichtete die Beschwerdeführerin am 16. Dezember 2020 über ihr aktuelles Befinden am rechten Handgelenk, sowie am rechten sowie linken Knie (vgl. Vi-act. 16, S. 2 oben insbesondere).

4.8 Am 22. Januar 2021 führte Dr.med. J._____ im Bericht zur Sprechstunde desselben Tages neben den bereits bekannten und in früheren Berichten erwähnten Diagnosen neu die Diagnose "Verdacht auf traumatische Labrumläsion Hüfte rechts" an. Er führte u.a. aus, nach dem Sturz seien auch Schmerzen im

Bereich der rechten Hüfte aufgetreten, welche nun weiterhin persistent seien, und dass die Patientin dies gerne abklären lassen möchte. Dem Bericht ist weiter zu entnehmen (Vi-act. 35):

Untersuchungsbefund

Im Bereich der rechten Hüfte zeigt sich ein Druckschmerz über dem Trochanter sowie retrotrochantär. Die Untersuchungstechniken sind aufgrund der Adipositas etwas eingeschränkt. Bei Flexion über 100° treten Schmerzen im Bereich der anterioren und lateralen rechten Hüfte auf. Bei Traktion verschwinden diese Schmerzen. Bei Innenrotation von 20° werden die Schmerzen deutlich verstärkt. Die Abduktion und Adduktoren auch gegen Widerstand ist frei.

(...)

Beurteilung und Procedere

Bei der Patientin besteht neben der bekannten persistenten Innenmeniskusläsion des rechten Kniegelenkes eine Verbesserung des Ödems des medialen Femurkondylus links und des Tales im Bereich des rechten OSG. Auf der rechten Seite im Bereich des Hüftgelenkes vermute ich eine Traumatisierung des Gelenkes mit gegebenenfalls auch Labrumläsion. Aus diesem Grund werde ich ein Arthro-MRI durchführen und dann gerne berichten.

4.9 Am 27. Januar 2021 führte Dr.med. I. _____ das veranlasste Arthro-MRI rechtes Hüftgelenk durch bei der Indikation "Status nach Sturz. Labrum, Oedem, Knorpel?". Der Radiologe hielt fest (Vi-act. 36):

Befund:

Nach durchleuchtungsgesteuerter intraartikulärer Kontrastmittelapplikation regelrechtes Arthrogramm. Nachfolgend Durchführung der Arthro-MRI.

Regelrechte femoroacetabuläre Artikulation im rechten Hüftgelenk. Antetorsion des Acetabulums 19 Grad. CE-Winkel 35 Grad. Homogenes Knochenmarksignal im Acetabulum und im rechten proximalen Femur.

Leichtgradige Offset-Störung im Übergang Schenkelhals zu Femurkopf cranial und weniger deutlich auch cranioventral, Alpha-Winkel 62 Grad.

Schlitzförmiger Kontrastmitteleintritt in das Labrum acetabulare cranioventral. Femoroacetabulärer Knorpel von normaler Dicke. Intakte Insertion der Glutealmuskeln am rechten Trochanter major.

Keine vergrösserte Bursa trochanterica.

Beurteilung:

1. Dislozierter, cranioventraler Labrumriss rechts.
2. Keine femoroacetabuläre Chondropathie.
3. Leichte Offsetstörung am rechten, proximalen Femur.

4.10 Im Sprechstundenbericht vom 5. Februar 2021 (Vi-act. 40) stellte Dr.med. J. _____ die Diagnose "Dislozierter kranialer Labrumriss rechts". Bei der Patientin bestehe eine grosse traumatische Labrumläsion, welche disloziert sei. Um die intra- von der extraartikulären Schmerzursache zu differenzieren, werde er eine Testinfiltration durchführen (vgl. zur Durchleuchtungsgesteuerten Infiltration

rechtes Hüftgelenk vom 8.2.2021, Vi-act. 46). Der Befund imponiere eher so, dass eine Refixation erfolgen müsste.

4.11.1 Gemäss "Sprechstundenbericht (Telefonkonsultation)" vom 10. Februar 2021 (Vi-act. 41) berichtet Dr.med. J. _____ bei der Diagnose "Traumatische Labrumläsion Hüfte rechts", die Patientin werde bezüglich des Verlaufs der am 8. Februar 2021 durchgeführten Infiltration befragt. Mit der Testinfiltration habe die intraartikuläre Schmerzursache bewiesen werden können. Dadurch, dass jetzt immer noch eine Schmerzfreiheit bestehe, "könnte durchaus eine deutliche entzündliche Komponente noch die Schmerzen mittriggern, so dass ich sicherlich Kortison-Wirkung für vier bis sechs Wochen abwarten würde."

4.11.2 Im Zuweisungsschreiben vom 17. Februar 2021 zuhanden Dr.med M. _____ (FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, N. _____) beschrieb Dr.med. J. _____, die Patientin sei seit dem Unfall in ihrer Tätigkeit als MPA selbst im Sitzen deutlich eingeschränkt. Eine Testinfiltration habe nur für die Zeit des Lokalanästhetikums eine Beschwerdelinderung gebracht (Vi-act. 47).

4.12 Im "Konsbericht" vom 5. März 2021 (Vi-act. 50, vgl. Dokumentenbezeichnung gemäss Inhaltsverzeichnis S. iii) hielt Dr.med. M. _____ anamnestisch fest, es bestehe ein Status nach Hüftdistorsion am 20. Oktober 2020. Die Patientin habe sich beim Sturz die linke Hüfte verdreht. Eine PT habe nur leichte Beschwerdebesserung gebracht, eine Infiltration habe die Beschwerden für einige Tage deutlich lindern können. Dieser Arzt befundete:

Hinkfreies und flüssiges Gangbild. Seitengleiche Beinlänge, symmetrische Rotation der Füsse, gute Hüftgelenksbeweglichkeit bds. mit IR/AR 30-0-50°. Impingement und Viererzeichen rechts pos. links neg. Apprehensionstest rechts leicht pos. links neg. Squeezetest rechts pos. Leichte Schmerzen im Bereich der Iliopsoassehne.

Arthro MRI Hüfte rechts 27.1.21

Dislozierter cranioventraler Labrumriss rechts, keine Chondropathie, nur minimale Offsetstörung am rechten prox. Femur.

Er diagnostizierte einen Labrumriss Hüfte rechts vom 20.10.20. Sodann wird im Bericht festgehalten, die Patientin wünsche sich aufgrund des hohen Leidensdrucks eine "HAS mit Labrumrefixation rechts".

4.13 Gegenüber der C. _____ beantwortete Dr.med. F. _____ am 12. April 2021 verschiedene Fragen (Vi-act. 53, vgl. Vi-act. 52). Bezüglich der Kausalität hielt der beratende Arzt u.a. fest, das MRI der rechten Hüfte vom 27. Januar 2021 zeige einen Riss des Labrums im ventralen Anteil bei nur leichter Offsetstörung. Die Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte würden erst seit dem Un-

fall vom 20. Oktober 2020 bestehen. Der Unfallmechanismus mit Rotationsbewegung des gesamten rechten Beines bei fixiertem Fuss sowie der zusätzlichen Adipositas sei geeignet, um eine solche Verletzung auszulösen. Daher müsse auch die Labrumläsion der rechten Hüfte überwiegend wahrscheinlich in Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. Oktober 2020 gesehen werden (Frage Ziff. 2.1, vgl. Ziff. 2.2). Die Frage, ob die geplante Hüftarthroskopie rechts aufgrund der Labrumläsion überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 20. Oktober 2020 zurückzuführen sei, bejahte der beratende Arzt sinngemäss (Frage Ziff. 2.3).

4.14 Am 24. April 2021 bestätigte die C._____ gegenüber der Beschwerdeführerin, die Kosten der Operation Hüfte rechts zu übernehmen (vgl. Vi-act. 57).

4.15 Am 18. Mai 2021 untersuchte Dr.med. O._____ (FMH Chirurgie, Fusschirurgie GFFZ, IOC Diploma Sports Physician, Sportmedizin DGSP, Ultraschall Bewegungsapparat SGUM) die Beschwerdeführerin und diagnostizierte was folgt (Vi-act. 64, vgl. Vi-act. 66):

Zunehmende Hüftschmerzen rechts bei bekannter Labrumläsion nach Hüftdistorsion vom 20.10.20

In der Anamnese wurde festgehalten, dass sich die Beschwerdeführerin wegen den zunehmenden Schmerzen Hüftgelenk rechts heute für die ultraschallgesteuerte Steroid-LA-Infiltration vorstelle. Sie habe in der letzten Zeit 18 kg abgenommen, trotzdem seien die Beschwerden sehr präsent. Beurteilend hielt die Ärztin fest, die Infiltrationsbehandlung sei als temporäre Lösung zu sehen. Die Beschwerdeführerin möchte gerne ihre aktuelle Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten und bitte um Durchführung der Infiltration. Dies könne sie vollumfänglich unterstützen.

4.16 Am 11. Juni 2021 hielt die C._____ gegenüber der P._____ Klinik fest, für den Spitalaufenthalt der Beschwerdeführerin die Behandlungskosten für die Unfallkosten zu übernehmen (Vi-act. 67, S. 1 insbesondere).

4.17 Per 23. Juni 2021 befundete Dr.med. M._____ bei der Diagnose Labrumriss nach Hüftdistorsion vom 20. Oktober 2020 bei leichter Impingementkonfiguration (Vi-act. 71):

Hinkfreies Gangbild, unverändert gute Beweglichkeit mit IR/AR 30/0/50°. Impingement- und Viererzeichen rechts weiterhin pos., Apprehension-Test pos., Squeeze-Test aktuell immer noch schmerzhaft, jedoch lateral keine glutealen Sz mehr.
Röntgen Beckenübersicht und Lauenstein II rechts: Diskrete kraniale Retroversion acetabulär, regelrechter CE-Winkel von 32°, mässige Offset-Störung anterolateraler Schenkelhals.

4.18 Gemäss Gesprächsnotiz vom 7. Juli 2021 (Vi-act. 76 S. 1) habe der Vertrauensarzt der H._____ AG (nachfolgend: H._____); Haftpflichtversicherer, vgl. Vi-act. 89, S. 2 oben) bestätigt, dass "der Labrumriss und die Operation unfallbedingt" seien.

4.19 Gemäss Operationsbericht führte Dr.med. M._____ bei der Diagnose "Labrumriss nach Hüftdistorsion vom 20.10.2020 bei leichter Impingementkonfiguration" am 4. August 2021 folgende Operation durch (vgl. Vi-act. 80):

Hüftarthroskopie rechts mit

- Synovektomie und Ausdünnung Zona orbicularis peripher
- Schenkelhalstaillierung von anteromedial bis posterior
- Subchondrale Zysteneröffnung und Resektion multipler herniation pits am Schenkelhals
- Arthroskopische Arthrotomie vom mid-anterioren zum al-Portal
- Sparsame Pfannenrandglättung zwischen 12 und 14 Uhr
- Labrumrefixation und -débridement mit 3 cinch lock-Ankern
- Volumenreduktion Spina iliaca anterior und inferior
- Mikrofrakturierung acetabulär
- Knorpelglättung acetabulär und femoral

Dem Operationsbericht lässt sich weiter entnehmen:

Technik

(...). Ueber das proximale anterolaterale Portal wird in die Peripherie eingegangen, hier zeigt sich eine mässige Reizsynovialitis.

Über das mid-anteriore Portal wird dann aufwändig wechselweise mit dem Shaver und dem Arthrocare synovektomiert und die Zona orbicularis ausgedünnt. Flexion der Hüfte auf 50°. Es zeigt sich eine mässige Offsetstörung von anteromedial bis posterior. Hier wird nun sehr aufwändig mit der Fräse eine Schenkelhalstaillierung durchgeführt, subchondral müssen multiple kleinere herniation pits eröffnet und reseziert werden. Anschliessend Nachtaillierung.

Posterior erfolgt unter Extension ebenfalls eine Taillierung, ganz posterior muss minimalst etwas Offset belassen werden, da die unmittelbaren Kontakt zur Arteria circumflexa femoris medialis hat.

Unter Sicht jedoch kein Impingement mehr, regelrechte BV Kontrolle.

Anlage der Extension.

Zugang nach zentral unter Sicht über das mid-anteriore und al-Portal. Etwas trockener femoraler Knorpel mit kleinem Einriss anterosuperior, ansonsten Chondromalazie Grad I. Intaktes, leicht ödematös verändertes Ligamentum capitis femoris, geprüft in IR/AR.

Chondromalazie Grad I acetabulär, hier zeigt sich zusätzlich eine grosse Rissbildung des Labrums von 12-14 Uhr und etwas drüber hinaus.

Es erfolgt nun eine arthroskopische Arthrotomie vom mid-anterioren zum al-Portal. Débridement des Pfannenrands, dieser ist sklerotisch verändert. Hypertrophe Spina iliaca anterior inferior Typ II, hier erfolgt eine sparsame Pfannenrandglättung mit der Fräse, anschliessend Volumenreduktion der AIIS. Die Rectus femoris Sehne wird geschont. Ebenfalls werden kleinere herniation pits in diesem Bereich entfernt. BV-Kontrolle regelrecht. Mit dem Tasthaken zeigt sich, dass das Labrum komplett instabil und bereits mässig degenerativ verändert ist. Am chondrolabralen

Uebergang zeigt sich eine leichte Delamination acetabulär zwischen 13 und 14 Uhr.

Danach Vorbohren für 3 Ankerlöcher, Kontrolle mit dem Nitinoldraht, unter Sicht keine Knorpelperforation. Refixation des Labrums mit 3 cinch lock Ankern, anschliessend sehr schöne Stabilität, geprüft mit dem Testhaken. Der Knorpel acetabulär wird geglättet, zwischen 13 und 14 Uhr werden mehrere Mikrofrakturierungsbohrungen mit dem Phönix System durchgeführt, mässige Blutungsneigung. Glättung mit dem Shaver, nochmalige Kontrolle mit dem Testhaken, sehr stabiles Labrum.

(...).

Procedere

(...). Aufgrund des grossen Labrumrisses müsste evtl. im Verlauf eine Eigenblut-Infiltration diskutiert werden.

4.20 Der die C. _____ beratende Arzt Dr.med. F. _____ hielt nach erneuter Fallvorlage am 16. August 2021 im Wesentlichen fest, bezüglich seiner Begründung gebe es für ihn keine Änderung im Vergleich zu seiner Beurteilung vom 12. April 2021; namentlich erkannte der Arzt, sämtliche unter "Diagnose 1 aufgeführten Verletzungen stehen überwiegend wahrscheinlich in Kausalzusammenhang vom Unfall 20.10.2020" (vgl. Vi-act. 89, S. 2 Ziff. 2.1 f. i.V.m. Ziff. 1 [dortige Diagnose 1: "Sturz am 20.10.2020 mit Distorsion des rechten OSG [Bonebruise malleolus lateralis], Distorsion Knie rechts mit Meniskusläsion, Distorsion rechte Hüfte mit anteriorer Labrumläsion sowie Kontusion Handgelenk rechts").

4.21 Gemäss Krankengeschichte der N. _____ erfolgte am 8. September 2021 eine postoperative klinisch-radiologische Kontrolle. Es zeige sich ein regelrechter Verlauf (Vi-act. 94).

4.22 Dr.med. G. _____ hielt am 22. Dezember 2021 gegenüber der H. _____ u.a. fest (Vi-act. 116):

(...)

Im Text des Operationsberichts wird ferner hingewiesen auf eine Chondromalazie Grad I sowohl femoral wie acetabulär bei antero-medialer bis posteriorer Offset-Störung und grosser Rissbildung des Labrums von 12 - 14 Uhr und etwas darüber hinaus. Das Labrum wird als mässig degenerativ beschrieben mit vorliegender Delamination acetabulär zwischen 13 und 14 Uhr. Über mehreren Mikrofrakturierungsbohrungen wird eine nur mässige Blutungsneigung festgehalten. (Anmerkung: Dieser so beschriebene Befund bestätigt einen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativen Vorbefund, weshalb dann im Anschluss der weiteren Therapie auch eine Eigenblutinfiltration angedacht bzw. vorgeschlagen wurde.) Im Austrittsbericht an die diesbezügliche Hospitalisation vom 03.08. - 05.08.2021 findet sich dann die Diagnose eines femoro-acetabularen Impingements vom CAM- und Pincer-Typ mit Labrumläsion der rechten Hüfte. Status nach mehreren Hüftinfiltrationen rechts. (Anmerkung: Diese nach der relevanten Hüftarthroskopie im Austrittsbericht so formulierte Diagnose enthält keinen Hinweis mehr auf eine unfallkausale Pathologie.)

Am 08.09.2021 erfolgte die Nachkontrolle 4 Wochen postoperativ nach der vorgenannten Hüftarthroskopie. Hier lautet die Diagnose auf Status nach Schenkelhalstaillierung (Anmerkung: dabei werden vorbestehende Knochenanteile im Rahmen der Offset-Pathologie abgetragen), Pfannenrandglättung, Labrumrefixation, Volumenreduktion und Mikrofrakturierung azetabulär. (...).

Die Frage (1.), welche Teile der Operation zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall begründet gewesen seien, beantwortete Dr.med. G. _____ mit "Keine". Zur Frage (2.), welche Teile der Operation zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallfremder Natur gewesen seien, hielt er u.a. fest:

Entgegen meiner ersten Beurteilung ergibt sich nun aufgrund der anlässlich der Hüftarthroskopie unter direkter Sicht der relevanten Gelenkbefunde ein grundsätzlich anderes Bild zur unfallkausalen Aetiopathologie der erhobenen Befunde.

Hier gehe ich von der Hüftarthroskopie vom 04.08.2021 durch Dr. M. _____ aus. Die intraoperativ festgehaltenen Befunde und die dazu erforderlichen therapeutischen Operationsschritte entsprechen einer sogenannten Gelenktoilette und entsprechen nicht den intraoperativ therapeutischen Massnahmen bzw. Schritten zur Sanierung einer unfallkausalen Pathologie. Keineswegs nach den erforderlichen Kriterien der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Folgende Befunde aus dem Operationsbericht entsprechen nicht den pathologisch-anatomischen Befunden eines unfallkausalen Korrelates (vergleiche Liste der Operationsschritte mit: Schenkelhalstaillierung, Pfannenrandglättung der offensichtlich delaminierten, chronisch degenerativ vorgeschädigten Gewebsteile, Labrumrefixation bei Delamination, Volumenreduktion und Mikrofrakturierung azetabulär mit marginaler Blutungsneigung). Zudem ist die abschliessend im Austrittsbericht vom 05.08.2021 festgehaltene Diagnose klar unfallfremd. Die zudem angedachte adjuvante Behandlungsmassnahme mit einer Eigenblutinfiltration gehört dann noch weit mehr ins Konzept der Massnahme gegenüber chronisch degenerativen, intraartikulären Gelenkbefunden als ins Konzept zur Behandlung unfallkausaler Befunde.

Auch der als Labrumriss aufgeführte Befund erfüllt das Kriterium der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einer Unfallkausalität nicht. Als Begründung findet sich kein Bone Bruise in der Bildgebung vom 27.01.2021 bei gleichzeitiger femoroazetabulärer Chondromalazie und antero-medialer Offset-Störung. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein Labrumriss der beschriebenen Struktur und Grösse ohne Bone Bruise einer unfallkausalen Aetiologie bei gleichzeitig offensichtlicher, unfallfremder Offset-Störung zugeordnet werden soll. Die Labrumläsion wird vom Operateur als mässig degenerativ beschrieben bei konsekutiver azetabulärer, sogenannter Delamination am Ort der als Rissstelle bezeichneten Labrumabschnitte. Dazu zeigte die Mikrofrakturierung intraoperativ eine nurmehr mässige Blutungsneigung, was ebenfalls für eine degenerative Pathologie und gegen einen unfallkausalen Befund spricht. Damit finden sich am betreffenden Hüftgelenk die aufsummierten Befunde einer ausschliesslich vorbestehenden degenerativen und konstitutionell vorbestehenden Pathologie (Offset-Störung und Impingement) und entsprechen versicherungsmedizinisch nicht dem Befund eines überwiegend wahrscheinlichen unfallkausalen Korrelats. Damit auch im mittelfristigen Verlauf das hochwahrscheinliche Risiko einer frühen Arthroseentwicklung aufgrund einer unfallfremden, angeborenen Hüftpathologie.

Abschliessend erklärte der die H._____ beratende Arzt, die Indikation zur Operation an der betreffenden rechten Hüfte sei nicht unfallkausal zu begründen (vgl. Frage 3) und hielt zur Frage (4.), ob weitere Behandlungen und/oder Abklärungen notwendig seien, namentlich fest:

(...). Aufgrund der Anamnese eines eher unklaren Ereignisablaufs am 20.10.2020 (mit schrittweiser, gestaffelter Auflistung eines geradezu unfallkausalen Polytraumas, welches das OSG, das Knie sowie das Hüftgelenk betroffen habe), ergeben sich für mich ausser am OSG rechts keine plausiblen, nachvollziehbaren, versicherungsmedizinischen Befunde einer natürlichen Kausalität.

4.23 Nach neuerlicher Fallvorlage an Dr.med. F._____ beantwortete dieser in seiner Stellungnahme vom 2. April 2022 (Vi-act. 122) gestützt auf Akten mit Eingang bis 28. Februar 2022 (vgl. Vi-act. 122, S. 2 i.f., wobei in dieser Stellungnahme offensichtlich auch auf einen späteren Arztbericht [vom 14.3.2022, vgl. Ziff. 4.1] Bezug genommen wird) die vorinstanzlichen Fragen wie folgt:

1. Diagnosen

Welche Diagnosen Bestehen?

1. Sturz am 20.10.2020 mit Distorsionstrauma rechtes OSG (Bone bruise Malleolus lateralis) und rechtes Knie mit Riss medialer Meniskus
2. Labrumläsion rechte Hüfte bei Impingementkonfiguration
3. St.n. Microfrakturierung medialer Femurkondylus rechts
4. St.n. Microfrakturierung medialer Femurkondylus 2016

2. Natürlicher Kausalzusammenhang

- 2.1 Stehen die erhobenen Befunde/Diagnosen mit dem Unfall vom 20.10.2020 in einem natürlichen Kausalzusammenhang?

(...).

Die Patientin war am 20.10.2020 wegen einem defekten Abdeckgitter mit dem rechten Fuss in eine Bodenrinne getreten und hatte sich dabei ein Distorsionstrauma des rechten OSG und des rechten Kniegelenkes zugezogen. Im Anschluss Schmerzen im rechten OSG und Knie. In den daraufhin durchgeführten MRI Untersuchungen zeigte sich der Bone bruise im Malleolus lateralis und ein Riss im medialen Meniskus. Beide Befunde stehen überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 20.10.2020

- 2.2 Falls mehrere Befunde/Diagnosen vorliegen: Welche der erhobenen Befunde/Diagnosen stehen sicher, überwiegend wahrscheinlich oder nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 20.10.2020?

Die Diagnose 1 steht überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 20.10.2020, die Diagnose 2 steht nur möglicherweise und die Diagnosen 3 und 4 nicht in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 20.10.2020.

- 2.3 Ist die OP vom 03.08.2021 sicher, überwiegender Wahrscheinlichkeit oder nur möglicherweise auf das Unfallereignis vom 20.10.2020 zurückzuführen?

Die OP vom 03.08.2021 ist nur möglicherweise auf das Unfallereignis vom 20.10.2020 zurückzuführen. Die MRI Untersuchung der rechten Hüfte zeigte einen Labrumriss bei nur leichter Impingementproblematik. Intraoperativ war der Befund jedoch deutlich ausgeprägter, so dass hier eine wesentliche Vorschädigung des Hüftgelenkes bestand. In diesem Punkt stimme ich mit der ausführlichen Beurteilung von Dr. G. _____ überein, dass der Labrumriss nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 20.10.2020 zurückgeführt werden kann.

- (2.4 Frage betreffend Kniearthroskopie vom 20.12.2021)
- 2.5 Wäre die OP vom TT.MM.JJJJ, bzw. die geplante OP auch ohne das Unfallereignis vom 20.10.2020 bereits zu diesem Zeitpunkt medizinisch notwendig geworden?

?

3. Vorzustand / Dahinfallen der Kausalität (Status quo ante vel sine)

- 3.1 Litt die versicherte Person bereits vor dem Unfall vom 20.10.2020 unter Beschwerden bzw. pathologischen Vorzuständen (Krankheiten, unfallfremden Zuständen, Folgen von früheren Unfällen)?

Ja, siehe Diagnosen 3 und 4.

- 3.2 Hat das Ereignis vom 20.10.2020 zu einer vorübergehenden oder zu einer richtunggebenden Verschlimmerung geführt?

Das Ereignis hat weder zu einer vorübergehenden noch zu einer richtunggebenden Verschlechterung geführt.

(...).

4. Heilverlauf und medizinischer Endzustand

- 4.1 Wie beurteilen Sie den Heilverlauf?

Gemäss den Sprechstundenberichten zeigt sich ein regelrechter Verlauf. Am 14.03.2022 war das Kniegelenk reizlos ohne Erguss, frei beweglich und mit negativen Meniskuszeichen. Es besteht jedoch noch eine Atrophie der Quadrizepsmuskulatur.

- 4.2 Stimmen objektive Befunde und subjektive Angaben der versicherten Person überein? Wenn nein, weshalb nicht?

Ja.

- 4.3 Ist die weitere Behandlung/ Therapie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich?

Ja, um weitere Folgeschäden zu vermeiden ist eine gute Kniestabilisierende Muskulatur notwendig.

- 4.4 Wie lange ist die Behandlung resp. wie viele Therapieserien sind noch angezeigt?

Die Meniskusnaht liegt schon 3 Monate zurück, bei reizlosem Kniegelenk kann der Muskelaufbau mit MTT erfolgen, dies für maximal 3 weitere Monate.

- 4.5 Gibt es weitere Behandlungs- oder Therapievorschläge, die eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (beispielsweise eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit) versprechen? Welche?

Nein

4.6 Konnte durch die Heilbehandlung der letzten Monate ein Fortschritt erzielt werden?

Ja

4.7 Wenn ja welcher?

Das Kniegelenk ist wieder frei beweglich und reizlos.

4.8 Wie lautet Ihre Prognose hinsichtlich des weiteren Heilverlaufes und der Arbeitsfähigkeit bei Durchführung der vorgeschlagenen Behandlung und wie begründen Sie diese?

Die Prognose der Meniskusnaht ist gut, inzwischen sollte wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen.

(...).

Die Frage (5.1), wie er die Arbeits(un)fähigkeit der versicherten Person in der angestammten Tätigkeit als Schreibkraft (MPA) im 20%-Pensum beurteile, beantwortete der beratende Arzt dahingehend, dass hierfür wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen sollte. Ein Integritätsschaden als Folge des Unfalls vom 20. Oktober 2020 bestehe nicht (6.1); weitere Bemerkungen zum Fall hatte der beratende Arzt schliesslich keine (7.).

5.1 Die Vorinstanz begründet die Ablehnung ihrer Leistungspflicht namentlich mit der (dritten) medizinischen Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr.med. F._____ (Erw. 4.23). Zu betonen ist, dass beratende Ärzte, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (vgl. Urteil BGer 8C_740/2020 vom 7.4.2021 Erw. 2.2 m.H.). Es ist damit im vorliegenden Fall die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 Erw. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 15.10.19 Erw. 6.1; vorstehend Erw. 2.6.2).

5.2 Das Unfallereignis vom 20. Oktober 2020, bei dem die Beschwerdeführerin beim Laufen durch die Garage in einen defekten Boden-Gitterrost trat, ist unbestritten. Der noch am Unfalltag aufgesuchte erstbehandelnde (Haus-)Arzt diagnostizierte gemäss Arztbericht (vom 21.12.2020) ein Supinationstrauma OSG RE, eine Kniedistorsion RE mit Meniskusriss sowie eine Handgelenkskontusion RE (Vi-act. 18). Soweit aus den Akten ersichtlich berichtete die Beschwerdeführerin am Unfalltag gegenüber dem Arzt weder über ein Anschlagen der Hüfte noch von Schmerzen in der Hüfte, sofern der Eintrag in der Krankengeschichte "HG auch angeschlagen rechts" das rechte Handgelenk, wie in der Diagnose aufgeführt, bedeutet (und nicht Hüftgelenk; vgl. Erw. 4.2.2). In der einen Tag nach dem Unfallereignis datierenden Schadenmeldung berichtet die Beschwerdeführerin unter anderem, sie sei beim Ereignis vom 20. Oktober 2020 beim Lau-

fen in einen defekten Boden-Gitterrost gefallen, mit dem Fuss hängen geblieben und umgeknickt, habe (u.a.) "Handgelenk rechts sowie Hüfte rechts angeschlagen initial nur leichte Schmerzen".

5.3 Während der Hausarzt Ende Oktober die Hüftschmerzen "eher" auf eine Fehlbelastung und Adipositas zurückführte und für ein Abwarten plädierte (Erw. 4.3), erkannte der Orthopäde Dr.med. J. _____ am 22. Januar 2021 auf die Verdachtsdiagnose einer traumatischen Labrumläsion der rechten Hüfte und veranlasste aufgrund dieser vermuteten Traumatisierung des Gelenkes "mit gegebenenfalls Labrumläsion" ein Arthro-MRI (Erw. 4.8). Nach Vorliegen des Berichts des Arthro-MRI des rechten Hüftgelenks (vom 27.1.2021) mit der Beurteilung eines dislozierten, cranioventralen Labrumrisses rechts, keiner femoroacetabuläre Chondropatie sowie einer leichten Offsetstörung am rechten proximalen Femur (Erw. 4.9) berichtet in der Folge Dr.med. J. _____ von einer traumatischen Labrumläsion (Erw. 4.11). Auch Dr.med. M. _____ und Dr.med. O. _____ diagnostizierten im März 2021 bzw. Mai 2021 einen "Labrumriss Hüfte rechts vom 20.10.20" (Erw. 4.12) bzw. zunehmende Hüftschmerzen bei einer Labrumläsion nach Hüftdistorsion vom 20. Oktober 2020 (Erw. 4.15) und gelangten damit - sinngemäss - zum Ergebnis einer traumatisch bedingten Verletzung.

5.4 Wie die Beschwerdeführerin zutreffend ausführt, stellt die Vorinstanz in ihrem Entscheid auf die Berichte einerseits von Dr.med. F. _____ und andererseits von Dr.med. G. _____ ab. Anzuführen ist an dieser Stelle, dass eine von der Beschwerdeführerin angekündigte Stellungnahme des behandelnden Arztes zur Aktenbeurteilung der Dres.med. G. _____ und F. _____, welche zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung noch ausstehend habe (vgl. Beschwerde S. 4 i.f.), dem Gericht bis dato nicht eingereicht wurde.

5.4.1 Während Dr.med. G. _____ am 6. April 2021 offenbar (Bericht soweit ersichtlich nicht aktenkundig) noch von einer "richtunggebenden Verschlimmerung eines Vorzustandes" ausging und die Hüftoperation vom 4. August 2021 und deren Folgen als dem Unfallereignis vom 20. Oktober 2020 geschuldet erachtet hatte, erfolgte in seinem zweiten Bericht vom 22. Dezember 2021 eine "neue Sicht der Dinge" bzw. ging er nicht (mehr) von einer unfallkausalen Pathologie aus (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 4, wobei die Ausführungen bzgl. Bericht vom 6.4.2021 von der Vorinstanz nicht bestritten werden). Diese neue Sicht der Dinge bzw. Meinungsänderung anerkennt auch die Vorinstanz. Mit ihren vernehmlassenden Ausführungen und entgegen den beschwerdeführerischen Vorbringen ist festzuhalten, dass Dr.med. G. _____ seine Meinungsänderung insbesondere

unter Bezugnahme auf den ihm nunmehr vorliegenden Operationsbericht vom 4. August 2021 begründet (vgl. Erw. 4.22). Soweit er indes in dieser zweiten Stellungnahme auf einen Austrittsbericht vom 5. August 2022 verweist ist festzuhalten, dass dieser - soweit ersichtlich - (ebenfalls) nicht aktenkundig ist und damit auch die von Dr.med. G._____ gemachte Aussage, wonach die im genannten Austrittsbericht festgehaltene Diagnose (offenbar: femoro-azetabuläres Impingement vom CAM- und Pincer-Typ mit Labrumläsion der rechten Hüfte. Status nach mehreren Hüftinfiltrationen [vgl. S. 2, dort 5. Abschnitt]) "klar unfallfremd" sei (vgl. S. 3 [dort Antwort zu Frage Ziff. 2 2. Abschnitt]), nicht abschliessend nachvollzogen werden kann. Insofern wäre es für die Vorinstanz angezeigt gewesen, diesen Bericht beim Operateur bzw. der Klinik einzuholen - und weniger, wie von der Beschwerdeführerin gefordert, den Operateur "selbst zu fragen", zumal der Operationsbericht bereits ausführlich ausfällt.

5.4.2 Auch Dr.med. F._____, der die Vorinstanz beratende Arzt, gelangte in seiner zweiten Stellungnahme vom 2. April 2022 zu einer anderen Beurteilung im Vergleich zu seinen beiden früheren Stellungnahmen vom 12. April 2021 bzw. vom 16. August 2021 - wobei trotz Datierung der Letzteren (16.8.2021) davon auszugehen ist, dass diese zeitlich früher erging bzw. in Unkenntnis des Operationsberichtes vom 4. August 2021, wird doch in der dortigen Antwort auf die Frage Ziff. 3.1 festgehalten, eine Hüftarthroskopie sei für den 3. August 2021 vorgesehen - auf den dazu ergangenen Operationsbericht wird - anders als in der Stellungnahme vom 2. April 2022 - entsprechend nicht eingegangen.

Auch dieser beratende Arzt hat seinen Meinungsumschwung dahingehend und grundsätzlich nachvollziehbar begründet, wenn er ausführt, die MRI-Untersuchung habe einen Labrumriss bei nur leichter Impingementproblematik gezeigt, wohingegen die spätere Operation einen deutlich ausgeprägteren Befund gezeigt habe, sodass eine wesentliche Vorschädigung des Hüftgelenks bestanden habe; insofern stimmte Dr.med. F._____ Dr.med. G._____ mit dessen "ausführlichen Beurteilung" zu, wonach der Labrumriss nicht überwiegend wahrscheinlich Unfallfolge vom 20. Oktober 2020 sei.

5.4.3 Diese von Dr.med. F._____ erwähnte Übereinstimmung ist indes zu relativieren, denn während dieser Arzt davon ausgeht, dass die Hüftoperation (immerhin) "möglicherweise" auf das Unfallereignis zurückzuführen sei, spricht Dr.med. G._____ von einer "ausschliesslich vorbestehenden degenerativen und konstitutionell vorbestehenden Pathologie (Offset-Störung und Impingement)", wobei betreffend Impingement zudem festzuhalten ist, dass der Operateur von "Unter Sicht jedoch kein Impingement mehr " spricht. Nicht ganz nachvollziehbar für das Gericht erweist sich sodann, inwiefern die während der Ope-

ration unter Sicht gewonnenen Erkenntnisse namentlich betreffend Offset-Störung eine deutlichere Ausprägtheit zeitigen gegenüber denjenigen der MRI-Untersuchung. In der Letzteren wurde von leichter Offset-Störung gesprochen, im OP-Bericht von mässiger Offset-Störung, was begrifflich keine wesentliche Abweichung bedeutet.

Ferner ist es nicht nachvollziehbar, wenn Dr.med. F._____ wie erwähnt einerseits von einer wesentlichen Vorschädigung des Hüftgelenks spricht, andererseits aber die Frage Ziff. 3.1 "Litt die versicherte Person bereits vor dem Unfall [...] unter Beschwerden bzw. pathologischen Vorzuständen [...]" mit "Ja, siehe Diagnosen 3 und 4" beantwortet, verweist er damit doch lediglich auf (hier grundsätzlich nicht weiter interessierende) Diagnosen betreffend Kniegelenk (medialer Femurkondylus), die Diagnose 2 "Labrumläsion rechte Hüfte bei Impingementkonfiguration" also nicht aufführt.

Auf die Frage Ziff. 2.5 mit dem Wortlaut "Wäre die OP vom TT.MM.JJJJ, bzw. die geplante OP auch ohne das Unfallereignis vom 20.10.2020 bereits zu diesem Zeitpunkt medizinisch notwendig geworden?" reagierte der beratende Arzt mit einem schlichten Fragezeichen. Entweder hat er die Frage nicht verstanden (was ein Nachfragen erfordert hätte) oder aber die Antwort ist für ihn fraglich, d.h. er kann sie nicht beantworten. Auf jeden Fall lässt er damit eine wesentliche Frage offen/unbeantwortet.

Bereits insofern bestehen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung des die Vorinstanz beratenden Arztes.

5.5.1 Zu erinnern ist, dass i) sich der von keiner Seite bestrittene Unfall am 20. Oktober 2020 ereignet hatte, ii) die Vorinstanz in der Folge - gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG - für die Behandlung (auch) der Hüftbeschwerden Leistungen erbrachte, iii) insbesondere auch für die Hüftarthroskopie im August 2021 aufkam und iv) sie ihre Leistungen betreffend die Hüfte (erst) mit Verfügung vom 11. April 2022 "ab 30.03.2022" bzw. "per 30.04.2022", mithin spätestens per Ende April 2022 (ex nunc et pro futuro) einstellte. Strittig sind demnach einzig allfällige Leistungen hinsichtlich (allfälliger) noch geklagter Hüftbeschwerden. Dafür, dass solche überhaupt noch bestehen bzw. per Ende April 2022 noch bestanden, sind soweit ersichtlich keine Arztberichte aktenkundig. Ob die Versicherung damit überhaupt noch Leistungen zu erbringen hätte, kann offen bleiben. Gemäss Versicherung sind die Hüftbeschwerden (und damit letztlich die Hüftarthroskopie) bei richtiger Beurteilung von Anbeginn an nicht unfallkausal, was auch spätere Rückfälle und Spätfolgen ausschliesst, wogegen eine bestätigte Kausalität den Fallabschluss per Ende April 2022 und spätere Leistungen aus Rückfall oder

Spätfolge nicht ausschliesst. Entsprechend besteht an der Klärung der strittigen Kausalität ohnehin ein Interesse.

5.5.2 Wenn die Vorinstanz nach Würdigung der Berichte der Dres.med. F._____ und G._____ zum Schluss gelangt, der Vorzustand sei ausgewiesen und der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Hüftbeschwerden könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint werden, dann beantwortet dies nicht die entscheidende Frage, ob der Unfall für die Hüftbeschwerden eine *conditio sine qua non* war oder nicht (vgl. oben Erw. 2.2.1 f.). Eine Vorschädigung allein schliesst eine Leistungspflicht des Unfallversicherers aus Unfall nicht aus (anders unter Umständen der Entlastungsbeweis bei unfallähnlicher Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG, der hier indes nicht relevant ist).

5.6.1 Zur Frage, ob das Unfallereignis zumindest Teilursache oder aber Auslöser im Sinne einer Aktivierung eines stummen Vorzustandes war - oder nicht -, lässt sich dem von der Vorinstanz beim beratenden Arzt eingeholten Arztbericht nichts Schlüssiges entnehmen. Eine mögliche Teilursächlichkeit wird nicht thematisiert (vgl. oben Erw. 4.23). Eine mögliche vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung wird zwar erfragt und vom Arzt verneint (Ziff. 3.2). Indes erweist es sich als fraglich, ob der beratende Arzt ab Ziff. 3 noch auf die Hüftproblematik eingegangen ist und stattdessen vielmehr nur noch auf die (unbestrittenermassen unfallkausalen) Kniebeschwerden Bezug nahm, was neben den oberwähnten Umständen weitere Zweifel am Bericht hervorruft. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass zumindest die erwähnte Antwort zur Frage Ziff. 3.2 nach einer vorübergehenden oder richtunggebenden Verschlimmerung in Bezug auf die Hüfte erfolgte, so würde sich diese kurze Antwort entgegen den Vorgaben der Vorinstanz an den beratenden Arzt als nicht hinreichend medizinisch begründet erweisen (vgl. Vi-act. 122, S. 2 i.f., wonach die Antworten jeweils medizinisch zu begründen seien).

5.6.2 Die Frage, ob dem Unfall (nicht) die Bedeutung zukommt, mindestens Teilursache der Hüftbeschwerden zu sein oder ob er zumindest den pathologischen Prozess hat symptomatisch werden lassen, wurde nicht hinreichend abgeklärt. Unbesehen des grundsätzlich unzulässigen Schlusses "nach dem Unfall, also wegen des Unfalls" wäre dies indes angezeigt gewesen, ist doch nicht zu verkennen, dass unmittelbar im Anschluss an das Unfallgeschehen für die diagnostizierte Hüftgelenksschädigung behandlungsbedürftige Beschwerden aufgetreten sind (vgl. Urteil BGer U 395/04 vom 12.9.2006 Erw. 2.3.3) und der beratende Arzt attestierte, dass der Unfallmechanismus mit Rotationsbewegung des gesam-

ten rechten Beines bei fixiertem Fuss bei zusätzlicher Adipositas geeignet sei, eine solche Verletzung auszulösen (vgl. oben Erw. 4.13). Damit der Unfallversicherer leistungspflichtig ist, reicht es aus, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall aber hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *conditio sine qua non* war; die Leistungspflicht fiel nur weg, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache war (vgl. oben Erw. 2.2.2). Obwohl sich in casu diese Fragestellung aufdrängt, wurde sie von der Vorinstanz (und dem beratenden Arzt) nicht beurteilt.

5.6.3 Ob dem beratenden Arzt schliesslich intraoperative Bilder vorgelegen haben oder nicht, erschliesst sich aus den Unterlagen nicht. Dies wäre indes grundsätzlich notwendig, um beurteilen zu können, ob der Riss des Labrums traumatisch oder degenerativ (mit-)bedingt ist und ebenso für die Frage, ob durch ein Unfallereignis ein stummer Vorzustand verschlimmert oder aktiviert wurde (vgl. VGE I 2019 66 vom 12.12.2019 Erw. 5.6 [betreffend Meniskus]). Soweit eine Aktivierung eines stummen Vorzustandes vorgelegen hat, wäre zu fragen, ob eine bereits zuvor latente Operationsindikation durch das Unfallereignis zu einer akuten geworden ist, der Zeitpunkt des früher oder später vielleicht ohnehin notwendig gewordenen Eingriffs mit anderen Worten durch das versicherte Trauma bestimmt wurde oder ob der Operationsbedarf lediglich bei Gelegenheit der unfallbedingten kurativen und diagnostischen Handlungen entdeckt wurde, ohne dass der Zeitpunkt des Eingriffs einen inneren Zusammenhang mit dem Unfall aufweist (vgl. BSK-UVG Vollenweider/Brunner, Art. 36 Rz. 19 mit Hinweisen auf Rechtsprechung). Abzuklären wäre sodann, per wann der Status quo sine vel ante erreicht ist, zu welchem Zeitpunkt jede kausale Bedeutung von unfallbedingten Ursachen der Hüftbeschwerden rechts überwiegend wahrscheinlich dahingefallen ist. Diesbezüglich gilt es einerseits vor Augen zu halten, dass die Vorinstanz die Leistungen wie erwähnt per 30. März 2022 bzw. 30. April 2022 eingestellt hat, mithin rund 17 bzw. 18 Monate nach dem Unfallereignis, und ist andererseits zu erinnern, dass selbst unter der Annahme, der degenerative Vorzustand sei durch das Unfallereignis symptomatisch geworden und mithin sei der Unfall als beschwerdeauslösend zu betrachten, keine Unfallkausalität der ausgelösten Beschwerden ohne zeitliche Beschränkung bejaht werden kann. Ein entsprechender zeitlicher Richtwert im Sinne einer medizinischen Erfahrungstatsache, wie z.B. im Bereich der Wirbelsäule (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 56), wurde indes in den Akten nicht genannt und ist ferner betreffend Hüfte nicht bekannt (vgl. immerhin Urteil BGer U 395/04 vom 12.9.2006 Erw. 2.3.3).

5.7.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat die Beschwerdeinstanz in der Regel ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung ist hingegen zulässig, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. Urteil BGer 9C_463/2019 vom 25.9.2019 Erw. 2.1 m.H.a. BGE 139 V 99 Erw. 1.1 und BGE 137 V 210 Erw. 4.4.1 ff.; VGE I 2019 92 vom 12.12.2019 Erw. 2.1 m.H.a. Furrer, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung; SZS 2019 S. 4 und Slavik, Gerichtliche Qualitätssicherung medizinischer Gutachten, JaSo 2018, S. 172).

5.7.2 Vorliegend rechtfertigt sich nach all dem Gesagten die Rückweisung an die Vorinstanz, damit sie ein externes Gutachten nach Art. 44 ATSG einholt zur Frage, ob das Unfallereignis nicht mindestens Teilursache der geklagten Hüftbeschwerden (wobei auch die Frage einhergehend zu klären ist, ob der operativ versorgte Labrumriss nur einen Teilaspekt der weitergehenden Hüftgeleksproblematik darstellt, vgl. Urteil BGer U 395/04 vom 12.9.2006 Erw. 2.3.3), ggf. nur schon eine *conditio sine qua non* für den Schadenszeitpunkt war, oder zumindest Auslöser eines zuvor stummen Vorzustands darstellt und ggf. per wann der Status quo sine vel ante erreicht ist, zu welchem Zeitpunkt jede kausale Bedeutung von unfallbedingten Ursachen der Hüftbeschwerden rechts überwiegend wahrscheinlich dahingefallen ist. Denn weder die Vorinstanz noch der sie beratende Arzt - noch der die (eine ähnliche Interessenlage vertretende) Haftpflichtversicherung beratende Arzt, auf welchen der Ertere wiederum Bezug nimmt - haben sich nicht, jedenfalls nicht rechtsgenügend, mit dieser Frage auseinandergesetzt. Mit anderen Worten waren diese wesentlichen Fragen nicht Gegenstand einer vorinstanzlichen, medizinisch-theoretischen Beurteilung; im Übrigen ist es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen. Einer Rückweisung an die Vorinstanz steht somit nichts entgegen.

5.8 Zusammenfassend ist die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein versicherungsexternes fachärztliches Gutachten gemäss Art. 44 ATSG im Sinne der Erwägungen (Erw. 5.7.2 insbesondere) einholt. In diesem Sinne erweist sich die Beschwerde als begründet und der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Juli 2022 ist aufzuheben.

6.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

6.2.1 Die Rückweisung der Sache an die C._____ zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. Urteile BGer 8C_520/2014 vom 29.10.2014 Erw. 6 und 8C_604/2013 vom 28.12.2014 Erw. 6, je m.H. u.a. auf BGE 132 V 215 Erw. 6.1; VGE I 2014 62 vom 31.10.2014 Erw. 6.1; VGE I 2013 41 vom 7.8.2013 Erw. 3.1).

6.2.2 Nachdem die beanwaltete Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihr zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 14. Juli 2022 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat der anwaltschaftlich vertretenen Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung von Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 9. Dezember 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 15. Dezember 2022

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

