

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2024 51

## Entscheid vom 10. März 2025

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Marco Lacher, Gerichtsschreiber

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwältin lic.iur. B. \_\_\_\_\_,

**gegen**

**C. \_\_\_\_\_ AG,**  
Vorinstanz,  
vertreten durch Rechtsanwältin lic.iur. D. \_\_\_\_\_,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität)

## Sachverhalt:

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 19\_\_) war seit dem 1. Februar 2012 bei der E.\_\_\_\_\_ GmbH als Geschäftsführer angestellt und dadurch bei der C.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend C.\_\_\_\_\_) obligatorisch unfallversichert. Mit Schadenmeldung vom 16. August 2023 teilte A.\_\_\_\_\_ der C.\_\_\_\_\_ mit, er sei am 23. Juli 2023 beim Wandern (Aufstieg zur F.\_\_\_\_\_) gestürzt und habe unmittelbar danach starke Schmerzen in beiden Hüften verspürt (Vi-act. 2.1). Am 16. August 2023 erfolgte die Erstbehandlung durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin), welcher einen Verdacht auf Femoroacetabuläres Impingement mit Aktivierung durch Sturz diagnostizierte (Vi-act. 3.2). Es wurde zunächst volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Vi-act. 5.1, 5.3, 5.6 und 5.7). Die C.\_\_\_\_\_ erbrachte die gesetzlichen Leistungen (vgl. Vi-act. 5.10).

**B.** Am 17. November 2023 verfügte die C.\_\_\_\_\_ gestützt auf den Bericht der beratenden Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats) vom 10. Oktober 2023 (vgl. Vi-act. 3.12) gegenüber A.\_\_\_\_\_ was folgt (vgl. Vi-act. 4.4):

1. Die Leistungen gemäss UVG werden mit Erreichen des Status quo sine per 17.09.2023 eingestellt.
2. Die Verfügung wird der Versicherten Person, Herr A.\_\_\_\_\_ und der Krankenkasse, I.\_\_\_\_\_ eröffnet.

**C.** Gegen diese Verfügung liess A.\_\_\_\_\_ am 21. Dezember 2023 Einsprache erheben mit dem Antrag, die Verfügung vom 17. November 2023 sei aufzuheben und die gesetzlichen Leistungen für den Rückfall zum Ereignis vom 23. Juli 2023 seien weiterhin zu erbringen (Vi-act. 4.11). Mit Einspracheentscheid vom 17. Mai 2024 hat die C.\_\_\_\_\_ die Einsprache abgewiesen (Vi-act. 4.21).

**D.** Gegen den Einspracheentscheid lässt A.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 20. Juni 2024 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit folgenden Anträgen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid 17. Mai 2024 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer seien die ihm von Gesetzes wegen zustehenden Leistungen auszurichten; insbesondere weiterhin Taggeldleistungen und die Heilbehandlungskosten.
3. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (inkl. 8.1 % MwSt.).

**E.** Mit Vernehmlassung vom 23. September 2024 beantragt die Vorinstanz:

1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei vollumfänglich abzuweisen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

**F.** Mit Replik vom 15. November 2024 hält der Beschwerdeführer an den Beschwerdeanträgen vollumfänglich fest. Die Beschwerdegegnerin reicht am 20. Januar 2025 die Duplik ein, in welcher sie an ihrer geäusserten Rechtsauffassung gemäss Vernehmlassung vom 23. September 2024 festhält.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** 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. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird sie infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**1.2** 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 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

**1.2.1** 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 entfiere (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C\_689/2019 vom 9.3.2020 E. 5.3; je mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung gehören zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen 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 demzufolge 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\_287/2020 vom 27.4.2021 E. 3.1 m.H.; 8C\_788/2010 vom 8.2.2011 E. 10.2 m.H).

**1.2.2** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 461 E. 5a; je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 2).

**1.3** 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 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden haben, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist (es wurde der degenerative Vorzustand vorübergehend verschlimmert), so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C\_331/2015 E. 2.1.1; SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17, 8C\_181/2009 E. 5.4 f. mit Hinweisen; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C\_816/2009 E. 4.3; Urteile BGer 8C\_557/2015 vom 7.10.2015 E. 5.2 ff.; 8C\_320/2013 vom 5.9.2013 E. 3.1). Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen. Steht indes 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 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

**1.4** Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1; Urteil BGer 8C\_410/2022 vom 23.12.2022 E. 4.2). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den 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 Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C\_410/2022 vom 23.12.2022 E. 4.2; 8C\_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C\_855/2018 vom 14.3.2019 E. 3.1; 8C\_523/2018 vom 5.11.2018 E. 3.2).

**1.5** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 Rz. 30 f.). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2).

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 unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift 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 (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C\_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

**1.6** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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.

**1.6.1** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C\_179/2023 vom 20.10.2023 E. 4.2). 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1). 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 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

**1.6.2** 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 (Urteil BGer 8C\_587/2020 vom 5.2.2021 E. 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 (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

**1.6.3** 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 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 E. 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 E. 2 mit Hinweisen).

**1.6.4** Schliesslich sind auch reine Aktengutachten beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 8C\_281/2021 vom 19.1.2022 E. 3.2).

**2.** Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die Versicherungsleistungen zu Recht per 17. September 2023 (8 Wochen nach dem Ereignis) eingestellt hat. Dazu gilt es insbesondere die zwischen den Parteien streitige Fragestellung der Unfallkausalität zu prüfen. Aus den Akten ergibt sich was folgt:

**2.1.1** In der Schadensmeldung vom 16. August 2023 wurde der Hergang des Unfalles vom 23. Juli 2023 wie folgt geschildert (vgl. Vi-act. 2.1):

Bei der Wanderung zur F.\_\_\_\_\_ bin ich kurz vor der Hütte beim Aufstieg gestürzt, konnte mich jedoch noch auffangen. Danach kamen die Schmerzen in beiden Hüften (vor allem wenn es hoch ging, gerade aus und abwärts waren die Schmerzen nicht so stark). Trotzdem musste ich unter starken Schmerzen den Rückweg beschreiten mit Hilfe von den Wanderstöcken und Schmerztabletten.

**2.1.2** Dr.med. G.\_\_\_\_\_ dokumentierte nach der Erstbehandlung vom 16. August 2023 im Bericht vom 4. September 2023 zum Unfallhergang (Vi-act. 3.2):

Der Patient berichtet, dass er bei einer Wanderung zur F.\_\_\_\_\_ gestürzt sei. Er habe sich gerade noch auffangen können. Unmittelbar danach haben sich ausgeprägte Schmerzen in beiden Hüften eingestellt.

**2.1.3** Im Bericht der J.\_\_\_\_\_ vom 7. September 2023 hält der berichtende Arzt fest, der Patient berichte von einem Misstritt vor ca. 6 Wochen beim Wandern, als er beim steil nach oben gehen ausgerutscht sei (Vi-act. 3.8).

**2.1.4** Im allgemeinen Unfallfragebogen, welchen der Beschwerdeführer am 21. September 2023 ausfüllte und unterzeichnete, schilderte er den Unfallhergang derart, er sei am 23. Juli 2023 zusammen mit einem Kollegen im Kanton K. \_\_\_\_\_ gemütlich wandern gewesen. Im letzten Aufstieg vor der F. \_\_\_\_\_ sei er ausgerutscht und gestürzt. Er habe sich noch ein wenig auffangen können, um Schlimmeres zu verhindern. Unmittelbar danach habe er sehr starke Schmerzen in beiden Beinen und im Hüftbereich verspürt. Diese Schmerzen hätten sich am Anfang vor allem beim Aufwärtsgehen und beim Sitzen geäußert. Auf dem Rückweg seien die Schmerzen auch immer intensiver geworden. Jedoch habe er es aus eigener Kraft mit Mühe und Not zurück zum Auto und nach Hause geschafft. Betreffend die Beschwerden führte der Beschwerdeführer im Weiteren aus, diese hätten sich direkt nach dem Sturz am 23. Juli 2023 geäußert und würden immer noch anhalten. Anfangs habe er Schmerzen in der Hüfte und in den Beinen verspürt beim Aufwärtsgehen, aber auch beim Treppensteigen und Sitzen. Am nächsten Tag und in den darauffolgenden Tagen seien die Schmerzen stärker geworden und dies 24 Stunden durchgehend am Tag. Am Schlimmsten seien die Schmerzen beim Aufwärtsgehen, Sitzen und Aufstehen, aber auch beim Treppensteigen (Vi-act. 2.9).

**2.1.5** Der Beschwerdeführer äusserte sich zum Unfallhergang auch noch einmal am 2. Oktober 2023 anlässlich eines Telefonates mit der Vorinstanz (Vi-act. 2.10). Er sei gestürzt und habe sich dabei auffangen können. Das Gelenk sei dabei nicht luxiert. Er habe zuerst mässige Schmerzen verspürt, abwärts sei noch gegangen, aber aufwärts gehen sei wegen der Schmerzen nicht mehr möglich gewesen.

**2.1.6** In einem Bericht vom 10. Oktober 2024 an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers gab der Chiropraktor Dr. L. \_\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer seit dem 12. September 2024 behandelte, den vom Patienten geschilderten Hergang wie folgt wieder: "Er rutschte beim Wandern am 23.7.2023 aus, sodass beide Beine auseinanderglitten und er eine starke Zerrung der Oberschenkelinnenseiten erlitt. Seither leidet er an Schmerzen in beiden Oberschenkeln im hinteren und inneren Bereich, sowie in beiden Waden. Zunehmend kamen dann auch Gehbeschwerden dazu" (Bf-act. 1).

**2.2** Am 16. August 2023 wurde der Versicherte durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ erstuntersucht. Als Befund und Diagnose dokumentiert er im Bericht vom 4. September 2023 an die Vorinstanz (Vi-act. 3.2):

Beidseitige deutliche Einschränkung der Hüfte für Innenrotation, positive Impingementzeichen, dorsale Verkürzung der Oberschenkelmuskulatur, keine radikulären Ausfälle, multiple muskuläre Schmerzpunkte gluteal und am Trochanter. Röntgenbefund: beidseitig mögliche Zeichen einer Impingementkonfiguration mit CAM Deformität.

Verdacht auf Femoroacetabuläres Impingement mit Aktivierung durch Sturz.

Dr.med. G.\_\_\_\_\_ verordnete eine analgetische Therapie und meldete den Beschwerdeführer für ein Arthro-MRI sowie beim Orthopäden an (Vi-act. 3.2).

**2.3** Am 4. September 2023 wurde ein Arthro-MRI der Hüfte durchgeführt. Im entsprechenden Bericht (Vi-act. 3.7) notierten Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Radiologie) und N.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Radiologie) als Befund und Beurteilung:

**Befund**

MRI Hüft Arthrographie links:

Nach vorangegangener lokaler Desinfektion erfolgt die Gabe eines Lokalanästhetikums und die Punktion des rechten Hüftgelenks unter Durchleuchtung. Normale Darstellung des Labrums. Landkartenartig konfiguriertes Knochenmarködem im Femurkopf. Leichte Taillierungsstörung am Übergang vom Femurkopf zu Femurhals. Normale Überdachung des Femurkopfes.

Knochenmarködem im Os ilium um das Acetabulum. Nach Kontrastmitteleingabe besteht eine Minderkontrastierung des kranialen Anteils des Femurkopfes. Normale Signalgebung im Ansatzbereich der Glutealmuskulatur, der Hamstringmuskulatur und der Adduktorenmuskulatur beidseits. Normale Darstellung der Symphyse. Kein Hinweis für pathologisch vergrößerte Lymphknoten. Normale Konfiguration der Harnblase. Ödematöse Veränderungen im Musculus gluteus minimus rechts.

MRI Hüft Arthrographie rechts:

[...]. Normale Darstellung des Labrums. Landkartenartig konfiguriertes Knochenmarködem im Femurkopf. Leichte Taillierungsstörung am Übergang vom Femurkopf zum Femurhals. Normale Überdachung des Femurkopfes.

Knochenmarködem im Os ilium um das Acetabulum. Nach Kontrastmitteleingabe besteht eine Minderkontrastierung des kranialen Anteils des Femurkopfes.

**Beurteilung:**

Der Befund entspricht morphologisch einer Femurkopfnekrose beidseits.

Leichte Taillierungsstörung am Übergang vom Femurkopf zum Femurhals beidseits.

Knochenmarködem im Os ilium beidseits acetabulumnah.

Ödematöse Veränderungen im Musculus gluteus minimus rechts, DD Zerrung.

**2.4** Am 7. September 2023 erfolgte eine Beurteilung in der J.\_\_\_\_\_ durch Dr. med. O.\_\_\_\_\_ (Facharzt für orthopädische Chirurgie/Traumatologie des Bewegungsapparates, Facharzt Chirurgie). Diagnostisch hielt Dr. med. O.\_\_\_\_\_ einen Verdacht auf beginnende Femurkopfnekrose beidseits fest. Als Befunde dokumentierte er ein positives Impingement-Zeichen in Flexion/Extension 90/0/0<sup>0</sup> mit schmerzhafter Flexion. Der Patient komme auch mit

zwei Gehstützen in die Sprechstunde. Es bestehe eine intakte periphere DMS. Operative Therapiemassnahmen seien noch etwas verfrüht. Er habe dem Patienten vorgeschlagen, eine Kortison-Infiltration durchzuführen, was der Patient aber aktuell noch nicht machen wolle. Zur weiteren Beurteilung sei eine Verlaufs-MRI-Untersuchung in 2.5 Monaten ausgemacht worden (Vi-act. 3.8).

**2.5** Am 22. September 2023 erfolgte eine vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ (Facharzt Chirurgie) zuhanden des Unfallversicherers. Dabei hielt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ fest, ob die beidseitigen Hüftkopfdeme bzw. "-nekrosen" auf das Ereignis zurückzuführen seien, sei (noch) nicht beurteilbar. Er nannte eine Reihe von Fragen, welche für die Beantwortung der Frage nach dem Gesundheitsschaden als Unfallfolge noch zu beantworten seien (Vi-act. 3.10):

- wie war der genaue Unfallmechanismus? Hat der VT einen Spagat gemacht?
- Bei einem Spagat wäre es möglich, dass sich aufgrund der im MRI festgestellten Taillenstörung eine Subluxation der Femurköpfe ereignet hat mit Kontusion des cranialen Kopfanteils und nachfolgendem Ödem des Knochenmarks. Eine echte Nekrose ist gemäss MRI (noch) nicht vorhanden.
- hat der VT Vorerkrankungen (Lipidstörung?, Nikotinabusus?) die eine derartige Durchblutungsstörung erklären könnten?
- der Bericht der R. \_\_\_\_\_ muss noch abgewartet werden. Wenn der Pat. Glück hat, handelt es sich um eine vorübergehende Durchblutungsstörung der Femurköpfe und die Situation erholt sich nach einer gewissen Zeit.
- Das Resultat des Folge-MRI muss noch abgewartet werden (verschlimmert sich diese Situation bzgl. Durchblutung?)
- eine Kortison-Infiltration wäre kontraproduktiv und würde die Durchblutungsstörung verschlimmern.

**2.6.1** Am 2. Oktober 2023 wurde der Beschwerdeführer in der R. \_\_\_\_\_ von Prof. Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Chefarzt Hüftchirurgie) untersucht. Er nennt im Sprechstundenbericht vom 6. Oktober 2023 als Hauptdiagnosen bilaterale Femurkopfnekrosen mit Kopfeinbruch rechts sowie beginnendem Knochenmarködem beidseits (FICAT Grad III rechts, FICAT Grad II links). Dem Sprechstundenbericht ist im Weiteren was folgt zu entnehmen (Vi-act. 3.11):

#### **Anamnese/Verlauf**

Der Patient war im Juli beim Wandern gestürzt, vorgängig habe er eigentlich nie richtig Beschwerden im Bereich der Hüfte gehabt, ist dann ausgerutscht bei einer Bergwanderung, anschliessend konnte er noch Bergablaufen, seit diesem Zeitpunkt aber progressive Beschwerden an beiden Hüften. Anschliessend über den Hausarzt zur Abklärung im MRI, wo sich beidseits eine sehr grosse Femurkopfnekrose in der Hauptbelastungszone rechts mit Kopfeinbruch und links bei noch fehlendem Kopfeinbruch darstellen. Deutliches Knochenmarködem azetabulär sowie femoral. Nun zur Standortbestimmung bei mir.

### **Untersuchungsbefunde**

Der Patient kommt ohne Gehstützen, relativ ausgeprägte Beschwerden vor allem im Bereich des oberen Schambeinastes beidseits mit massiver Druckdolenz. Schmerzen bei Adduktieren gegen Widerstand. Hüfte deutlich schmerzbedingt, rotatorisch eingeschränkt, dies reproduziert die für den Patienten die bekannten Beschwerden.

### **Radiologiebefunde**

Röntgen Becken ap, Hüften beidseits axial vom 02.10.2023:

Hypersklerotischer Femurkopf beidseits, links leicht lateraler Einbruch, aber auch zentral im Bereich der Hauptbelastungszone. Zentral beginnende Gelenkspaltverschmälerung, dies ebenso rechts, ohne jedoch sichtbaren Kopfeinbruch im ap-Bild. Im Seitenbild hingegen hat man den Eindruck, dass auch rechts ventral eine Alteration vorliegt.

### **Beurteilung und Prozedere**

Komplexe Situation bei jungem Patienten (der noch nicht ganz 40 Jahre alt) mit ausgeprägten Femurkopfnekrosen. Seit dem Unfall hat sich die Situation eigentlich sukzessiv verschlechtert, nur die letzten 2-3 Wochen seien konstant geblieben. War bereits bei Dr. O. \_\_\_\_\_ in der J. \_\_\_\_\_ gesehen worden. Dort wurde ein Verlaufs-MRI im November angesetzt, was auch wir als sinnvoll erachten. Bis zu diesem Zeitpunkt etwas muskuläre Entspannungsübungen physiotherapeutisch.

**2.6.2** Nach dieser Sprechstunde stand der Beschwerdeführer gleichentags in telefonischem Kontakt mit der Vorinstanz. Er äusserte, der Chefarzt sei mit seiner Situation auch überfordert. Man wisse nicht, woher die Nekrose komme. Normalerweise entwickle sich diese nicht so schnell (Vi-act. 2.10).

**2.7** Hernach legte die Vorinstanz die medizinischen Akten Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Vertrauensärztin SGV, medizinische Gutachterin SIM) zur vertrauensärztlichen Stellungnahme vor. In der Stellungnahme vom 10. Oktober 2023 äussert sie sich wie folgt (vgl. Vi-act. 3.12):

→ Ist die geltend gemachte Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge des Unfalles vom 23.07.2023?

Im Rahmen einer Kontusion

→ Wirken auch Krankheiten, krankhafte Vorzustände oder andere unfallfremde Zustände oder Folgen früherer Unfälle mit? Gegebenenfalls welche?

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ja, es ist nicht nachvollziehbar, dass aufgrund des Ereignisses eine beidseitige Hüftkopfnekrose entstanden sein soll, es ist von einem schicksalhaften Verlauf bei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon beginnender Femurkopfnekrose auszugehen. Das Ereignis war nicht adäquat.

→ Kam es durch den Unfall zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung oder nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung?

Es ist von einer vorübergehenden Verschlimmerung aufgrund der Kontusion auszugehen.

→ Beruht der Gesundheitszustand des/r Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf unfallfremden Ursachen (status quo sine vel ante)? Gegebenenfalls per wann? Bitte ausführlich begründen.  
Status quo sine nach 6-8 Wochen.

**2.8** Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ wiederholte nach einer Telefonkonsultation vom 9. November 2023 die Hauptdiagnose der bilateralen Femurkopfnekrosen mit Kopfeinbruch rechts sowie beginnendem Knochenmarködem beidseits (FICAT III° rechts, FICAT II° links). Nach Angaben des Patienten könne es für diesen so nicht weitergehen. Das Verlaufs MRI zeige auch eine beginnende Coxarthrose beidseits mit Aktivierung aufgrund der Femurkopfnekrosen. Der Beschwerdeführer wolle den Eingriff zeitnah machen lassen (Vi-act. 3.14).

**2.9** In seinem anlässlich der OP-Vorbesprechung verfassten Bericht vom 23. November 2023 nennt Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ die Diagnose einer bilateralen beginnenden Coxarthrose bei Femurkopfnekrosen. Der Patient habe sich zwischenzeitlich nun für den Eingriff entschieden; die Operation sei für den 5. Dezember 2023 geplant (Vi-act. 3.18).

**2.10** Am 5. Dezember 2023 erfolgte bei OP-Diagnose "Bilaterale Femurkopfnekrose mit Einbruch und Sekundärarthrose" eine Hüft-TP rechts sowie eine Hüft-TP links. Unter "Indikation" notierte der Operateur Prof. Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ (vgl. Vi-act. 3.19):

Klinisch und radiologisch oben genannte Diagnose bei jungem Patienten, Ätiologie nicht geklärt. Massiver Leidensdruck. Konservativ nicht mehr behandelbar aufgrund der Beschwerden. [...]

Unter technischem Vorgehen dokumentierte er:

Hüft-TP rechts [...] Massiver Gelenkerguss. Luxation des Femurkopfs, Schenkelhalsosteotomie und Entfernen des Femurkopfs. [...] Wie am Femurkopf auch in der Pfanne bereits beginnende Schäden. [...]

Nun Zugehen auf die linke Gegenseite. Identisches Vorgehen, der Kopf jedoch deutlich destruiert als auf der rechten Seite, sodass dieser in einzelnen Stücken herausgenommen werden muss. Auch am Schaft gleiche Grösse.

Gemäss Austrittsbericht vom 18. Dezember 2023 konnte der Beschwerdeführer am 11. Dezember 2023 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen, trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden (Vi-act. 3.24).

**2.11.1** Dem Sprechstundenbericht vom 19. Januar 2024 zur Verlaufskontrolle vom 17. Januar 2024 in der R.\_\_\_\_\_ ist u.a. folgendes zu entnehmen (vgl. Vi-act. 3.26):

**Anamnese / Verlauf**

Vorstellung zur Verlaufskontrolle knapp 6 Wochen postoperativ. Bezüglich der

Hüften kommt der Patient bereits ziemlich gut zurecht, die vormals beschriebenen Leistenschmerzen seien besser. Allerdings waren bereits präoperativ muskuläre, ausstrahlende Schmerzen von Mitte Oberschenkel bis in die Waden beschwerdeführend, woran sich bisher wenig verändert hat. Mithilfe Physiotherapie erfolgt regelmässig eine Detonisierung/Massage, was kurzfristig hilft aber die entsprechenden Muskeln rasch wieder verkrampfen. Aus diesem Grund ist nach wie vor eine ausgebaute analgetische Medikation mit Paracetamol, Ibuprofen und Oxycodon/Naloxon nötig.

### **Untersuchungsbefunde**

Etwas kleinschrittiges, aber flüssiges Barfussgangbild. Trendelenburgzeichen bds. nicht pathologisch. Im Stehen und im Liegen ausgeglichene Beinlänge.

#### Hüfte bds:

Reizlose trockene Operationsnarben. Keine massgebliche Druckdolenz in der Leistengegend oder über Trochanter major, Flexion/Extension 100/0/0°, Aussen-/Innenrotation 30/0/15°. Abduktorenkraft bds. M5.

#### Becken/Wirbelsäule/Neurologie:

Keine Klopf- oder Druckdolenz über BWS, LWS oder paravertebral. Keine sensomotorischen Ausfälle der unteren Extremität. Lasègue-Test bds. nicht pathologisch.

### **Radiologiebefunde**

#### Röntgen Becken tiefzentriert, Hüften axial beidseits vom 17.01.2024:

Im Vergleich zur direkt postoperativen Bildgebung beidseits unverändert, regelrecht einliegende unzementierte Hüfttotalendoprothesen. Regelrechte, unveränderte Pfannenanteversion und -inklination, keine Lockerungszeichen von Pfannen oder Schäften. Keine frischen ossären Läsionen.

### **Beurteilung und Prozedere**

(vidit et dixit Prof. Dr. med. Q. \_\_\_\_\_):

Bezüglich der Hüften zeigt sich 6 Wochen postoperativ grundsätzlich ein erfreuliches Bild. Konventionell-radiologisch regelrechte Prothesenlage beidseits. Auch die klinische Untersuchung der Hüftgelenke präsentiert sich unauffällig. Die Leistenschmerzen des Patienten seien im Vergleich zu präoperativ auch klar regredient. Die aber auch präoperativ beschwerdeführenden, ausstrahlenden Beinschmerzen beidseits mit rezidivierenden muskulären Verhärtungen sind aber leider weitgehend unverändert. Nach wie vor ist die Ätiologie etwas unklar. Wenn sich auch keine wirklichen neurologischen Auffälligkeiten zeigen, wurde bereits präoperativ eine MR-tomografische Bilanzierung der LWS bei Beschwerdepersistenz in Aussicht gestellt, dies werden wir in einem nächsten Schritt durchführen und die Befunde mit dem Patienten telefonisch besprechen. Daneben aber weiterhin Fortsetzen der Physiotherapie mit Dehnung, Kräftigung, Detonisierung. Bezüglich der Hüften ist eine Belastung nach Massgabe der Beschwerden erlaubt. Wir werden weiter berichten. Falls sich auch im MRI der Wirbelsäule keine orthopädische Problematik zeigt und die Beschwerden persistieren, wurde der Patient instruiert, mit dem Hausarzt weitere allenfalls diagnostische Schritte zu besprechen. Bei bereits langer Vorgeschichte ist uns in der Aktenlage nicht bekannt, was im Vorfeld bereits abgeklärt wurde. In jedem Fall wären dann beispielsweise neurologische, rheumatologische oder manualmedizinische Beurteilungen durch den Hausarzt zu evaluieren.

[...]. Bezüglich der Hüften ist eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% für weitere rund 4 Wochen vertretbar, die heute attestiert wird. Auch diese Aspekte müssten im Verlauf durch den Hausarzt wieder beurteilt werden.

**2.11.2** Am 18. Januar 2024 erfolgte das zuvor erwähnte MRI LWS nativ bei Klinik "persistierende, ausstrahlende Schmerzen untere Extremität bds., St.n. Implantation von Hüft-TP bds. am 05.12.2023 bei Bilaterale Femurkopfnekrose mit Einbruch und Sekundärarthrose ohne massgebliche Beschwerdelinderung" sowie der Fragestellung "Diskushernie? Spondylolisthese? Nervenkompression?". Unter Befund und Beurteilung notierte PD Dr. med. S. \_\_\_\_\_ (Fachärztin FMH für Radiologie) im Bericht vom 18. Januar 2024 (Vi-act. 3.25):

#### **Befund**

Keine Voraufnahmen der LWS vorliegend.

Abgebildeter Bereich von BWK 11 bis sakral. Conus medullaris auf Höhe LWK 1. Erhaltenes ventrales und dorsales ossäres Alignment.

Thorakolumbaler Übergang: Leichte degenerative Veränderungen. Keine Neurokompression.

L1/L2: Leichte breitbasige Diskusprotrusion. Keine Neurokompression. Unauffällige Facettengelenke.

L2/L3: Unauffälliger Diskus. Unauffällige Facettengelenke. Keine Neurokompression.

L3/L4: Unauffälliger Diskus, leichte Degeneration der Facettengelenke beidseits. Keine Neurokompression.

L4/L5: Leichte breitbasige Diskusprotrusion mit Anulus fibrosus-Riss posterolateral links. Der Anulus-Riss hat Kontakt zur L5-Wurzel Wurzel rezessal. Minimale ödematöse Endplattenveränderungen.

L5/S1: Fokale Diskushernie paramedian links mit Kontakt zur S1-Wurzel links rezessal. Keine foraminale Enge. Leichte fettige Endplattenveränderungen.

Facettengelenkszyste (13 x 6 x 10 mm) posterior am Facettengelenk HWK 4/5 rechts. Ansonsten keine suspekten Signalalterationen in der flüssigkeitssensitiven Wichtung.

#### **Beurteilung**

- Diskushernie LWK 5/SWK1 mit Kontakt zur S1-Wurzel links rezessal.
- Anulus fibrosus-Riss im Diskus LWK 4/5 Kontakt zur L5-Wurzel links rezessal.

**2.12** Am 18. Januar 2024 erfolgte eine Telefonkonsultation zur Besprechung des LWS-MRI, wozu der Bericht vom 5. Februar 2024 festhielt, dass sich MR-tomografisch auf verschiedenen Höhen Diskusprotrusionen bzw. -hernien zeigten mit teils auch Kontakt zu entsprechenden Nervenwurzeln auf der linken Seite. Es sei weiterhin etwas unklar, ob dieser Befund mit den vom Patienten beklagten beidseitigen eher diffusen Beschwerden korreliere. Es würden dennoch die Kollegen der Wirbelsäulenchirurgie um ein Aufgebot des Patienten zur entsprechenden Beurteilung und Differenzierung der Symptome aus wirbelsäulenorthopädischer Sicht gebeten (Vi-act. 3.27).

**2.13** Am 10. Oktober 2024 beantwortete Dr. L. \_\_\_\_\_ (Chiropraktor SCG) Fragen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers. Dieser sei seit dem 12. September 2024 bei ihm in chiropraktischer Behandlung. Als Diagnose formulierte Dr. L. \_\_\_\_\_ "1. Posttraumatisches lumbosakrales Schmerzsyndrom bei 2. Posttraumatische Hüftkopfnekrose beidseits" und er führte im Weiteren u.a. was folgt an (vgl. Bf.-act. 1):

Herr A. \_\_\_\_\_ schildert den Unfallmechanismus wie folgt: Er rutschte beim Wandern am 23.7.2023 aus sodass beide Beine auseinanderglitten und er eine starke Zerrung der Oberschenkelinnenseiten erlitt. Seither leidet er an Schmerzen in beiden Oberschenkeln im hinteren und inneren Bereich, sowie in beiden Waden. Zunehmend kamen denn auch Gehbeschwerden dazu.

Aus meiner Sicht sind beide Gesundheitsschäden (Diagnose 1 und 2) durch den Unfall am 23.7.2024 [recte: 23.7.2023] ausgelöst.

Zusammenhang Diagnose 1:

Durch die forcierte Abduktionsbewegung durch den Sturz erlitt der Patient eine Zerrung der Adduktorenmuskeln und des Beckens, insbesondere der beiden ISG Gelenke. Durch einen Schutzreflex des Körpers führte diese Überbelastung zu einer Blockierung beider ISG-Gelenke. Diese strahlen typischerweise in die Oberschenkel aus und verursacht muskuläre Verspannung in Form eines Schutzreflexes. Ich konnte beim Erstuntersuch die vorhandenen ISG Blockierung und Muskelverspannungen eindeutig objektivieren.

Zusammenhang Diagnose 2:

Für mich ist folgender Pathomechanismus für die Diagnose 2 der einzig Wahrscheinliche: Die Abduktionsbewegung beim Sturz am 23.7.2024 [recte: 23.7.2023] führte zu einer Verletzung der Aa. Capitis femoris beidseits. Dies wiederum führte zu einer Minderdurchblutung beider Hüftköpfe was die Nekrose auslöste. Ich postuliere diesen Zusammenhang, da trotz Untersuchungen durch diverse Spezialisten kein anderer Grund für die zeitgleiche beidseitige Hüftkopfnekrose gefunden wurde. Eine spontane beidseitige Hüftkopfnekrose ohne zugrunde liegende Erkrankungen, welche solche begünstigen, ist aus medizinischer Sicht höchst unwahrscheinlich.

Gemäss Dr. L. \_\_\_\_\_ seien aktuell keine relevanten unfallfremden Faktoren vorhanden, welche an der aktuellen Beeinträchtigung mitwirkten. Die aktuellen Beschwerden würden durch die Diagnose 1 ausgelöst. Ein Status quo ante solle laut Dr. L. \_\_\_\_\_ erreicht werden können, jedoch sei der Zeitpunkt aktuell nicht abschätzbar, da er den Patienten erst zweimal behandelt habe und noch keinen Behandlungsverlauf sehe.

**3.1** Die Vorinstanz hielt im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen fest, dass der Beschwerdeführer am 23. Juli 2023 beim Wandern ausgerutscht sei, den Sturz aber noch habe abfangen können, womit weder ein Sturz noch ein Anschlagen eines der beiden Hüftgelenke stattgefunden habe. Es sei gleichzeitig an beiden Hüftgelenken eine Problematik (Hüftgelenkkopfnekrose) festgestellt worden, die zudem bereits in einem fortgeschrittenen Stadium be-

standen habe. Auch der Beschwerdeführer habe sich in dem Sinne geäußert, dass die Ursache der beidseitigen Hüftgelenkkopfnekrose seinen behandelnden Ärzten unerklärbar sei. Es habe bereits ein relativ geringfügiges Ereignis (blosses Ausrutschen beim Wandern) die Verschlechterung des Vorzustandes (beidseitige Hüftgelenknekrose mit beginnender Coxarthrose) ausgelöst. Das Ereignis vom 23. Juli 2023 sei deshalb als blosse Gelegenheits- oder Zufallsursache zu bewerten, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen sei, manifest werden lasse, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eine eigenständige Bedeutung anzunehmen. Gemäss Reintegrationsleitfaden Unfall betrage die Behandlungsdauer bei einer Prellung/Contusion eines Hüftgelenks maximal sechs Wochen. In diesem Lichte könne die Festlegung des Status quo sine auf den 17. September 2023 (acht Wochen nach dem Ereignis) nicht beanstandet werden. Gegen die Festlegung des Status quo sine auf den 17. September 2023 seien vom Beschwerdeführer keine Einwände erhoben worden, welche begründete Zweifel an deren Richtigkeit wecken könnten. Ausserdem vermöge der Umstand, dass die Beschwerden gemäss den Angaben des Beschwerdeführers erst nach dem Ereignis aufgetreten seien, an der Richtigkeit der Festlegung des Status quo sine nichts zu ändern. Somit sei der Zeitpunkt des Erreichens des Status quo sine korrekterweise von der Vorinstanz auf den 17. September 2023 festgelegt worden. Entsprechend habe denn auch der Krankenversicherer I. \_\_\_\_\_ auf das Erheben einer Einsprache verzichtet und damit implizit seine Leistungspflicht aus KVG anerkannt (angefochtener Einspracheentscheid E. 2.5).

**3.2** Der Beschwerdeführer macht beschwerdeweise geltend, es ergäbe sich aus den Akten und sei zwischen den Parteien unbestritten, dass das Ereignis vom 23. Juli 2023 für die seither bestehenden Beinbeschwerden ursprünglich kausal gewesen sei. Unbestritten sei zudem, dass die Vorinstanz beweispflichtig sei für den Wegfall der Kausalität zwischen dem Unfall und der sich daraus ergebenden gesundheitlichen Beschwerden. Zudem treffe sie die Untersuchungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG für die im Zusammenhang mit ihrer Leistungspflicht relevanten tatsächlichen Umstände. Lediglich die Möglichkeit, dass die Beschwerden nicht (und zwar auch nicht teilursächlich) auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, würden für eine Leistungseinstellung nicht genügen. Der Nachweis müsse mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht werden. Die Unfallversicherung habe nach der Rechtsprechung im individuell-konkreten Einzelfall zu beurteilen, ob die über den fraglichen Zeitpunkt hinaus geklagten Beschwerden nicht einmal mehr teilweise durch das Unfallereignis mitverursacht worden seien. Es genüge daher nicht, wenn sie für den Beweis des Wegfalles des Kausalzusammenhanges einzig auf den im Reintegrationsleit-

faden Unfall angegebenen Behandlungszeitraum abstelle. Da die Ursache der beim Beschwerdeführer nach wie vor vorliegenden Beinbeschwerden sowie der beidseitigen Hüftgelenknekrose nicht bekannt sei, könne es nicht als mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt gelten, dass dem Sturz vom 23. Juli 2023 nicht zumindest der Charakter einer Teilursache für die nach wie vor geklagten Beschwerden zukommen solle. Denn so wirke eine schadensauslösende traumatische Einwicklung 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 eine unerlässliche Bedingung darstelle. Anders verhalte es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache sei, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lasse, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Selbst wenn der Unfall die Hüftkopfnekrosen nicht direkt bewirkt haben sollte, sei damit noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass das fragliche Ereignis bloss eine Gelegenheits- oder Zufallsursache im obigen Sinne gewesen sei. Nicht beantwortet sei damit nämlich die Frage, ob das relevante Ereignis die Nekrotisierung der Hüftköpfe früher habe entstehen lassen bzw. ob dadurch die operative Sanierung früher notwendig geworden sei und ob die Beinbeschwerden unfallbedingt früher akut geworden seien. Mithin sei die Frage, ob das Ereignis vom 23. Juli 2023 für die über den 17. September 2023 weiterhin bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht relevante Teilursache gesetzt habe, nicht beantwortet. Der Beweis für die Erreichung des status quo sine per 17. September 2023 könne daher nicht als erbracht gelten. Da die Vorinstanz dafür beweispflichtig sei, habe sie ihre Leistungen nicht einstellen dürfen. Der Beschwerdeführer sei zur Abklärung und Behandlung der Hüftkopfnekrose und der anhaltenden Beinbeschwerden inzwischen ans Universitätsspital T. \_\_\_\_\_ überwiesen worden. Es würden somit noch Abklärungen getätigt, die zur Klärung der Ursache der Beschwerden und der (Teil-)Kausalität zum Unfallereignis führen würden. Es liege somit keine vom Beschwerdeführer zu tragende Beweislosigkeit vor.

**3.3** Die Vorinstanz wendet vernehmlassend ein, die Erstbehandlung beim Hausarzt habe mit dem 16. August 2023 mehr als drei Wochen nach dem Unfall stattgefunden. Beim Arthro MRI vom 4. September 2023 habe sich als Ursache der progredienten Schmerzen in den Hüftgelenken - vom Beschwerdeführer anfänglich als mässig beschrieben - eine Femurkopfnekrose beidseits, leichte Taillierungsstörungen am Übergang vom Femurkopf zum Femurhals beidseits und ein Knochenmarködem im Os ilium beidseits acetabulumnah gefunden. Prof. Dr.

med. Q.\_\_\_\_\_ habe die ausgeprägten Femurkopfnekrosen in seinem Bericht vom 6. Oktober 2023 bestätigt. Es habe damit ein krankhaftes Geschehen in der Hüfte vorgelegen, welches zum Zeitpunkt des Ausrutschers bereits in vollem Gange gewesen sei. Betreffend die in der Beschwerde angeführten "invalidisierenden Beschwerden in beiden Beinen" (vgl. Beschwerde Rz. 3) macht die Vorinstanz geltend, der Beschwerdeführer habe einzig im allgemeinen Unfallfragebogen vom 21. September 2023 Beinschmerzen angegeben. In den medizinischen Akten fänden sich dazu keine Hinweise. Erstmals werde im Bericht der R.\_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2024 darauf hingewiesen, dass die Operation an den vom Beschwerdeführer beschriebenen, in die Beine ausstrahlenden Schmerzen, nichts geändert hätte. Aus einem weiteren Bericht der R.\_\_\_\_\_ vom 5. Februar 2024 ginge hervor, dass ein MRI der Lendenwirbelsäule auf verschiedenen Höhen Diskushernien zeige, es aber fraglich sei, ob diese Befunde mit den vom Beschwerdeführer beklagten eher diffusen Beschwerden in den Beinen korrelierten. Seit dem 23. Juli 2023 bestehende, invalidisierende und unfallkausale Beinschmerzen seien nicht aktenkundig und lägen damit nicht vor. Beinschmerzen würden erstmals im Januar 2024 in den Akten erwähnt. Mit der Hüfttotalprothese beidseits sei jedenfalls das Hauptproblem der bereits vor dem Ereignis vom 23. Juli 2023 bestehenden, ausgeprägten Defekte im Hüftgelenk korrigiert und abschliessend behandelt worden.

Die Vorinstanz sei zwar grundsätzlich beweispflichtig für den Wegfall der Kausalität. Sie sei aber nicht verpflichtet, zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, wenn sich aus den bestehenden Akten der für die Beurteilung relevante Sachverhalt offensichtlich entnehmen lasse. Mit dem Bericht der beratenden Ärztin vom 10. Oktober 2023 sei das Offensichtliche bestätigt worden, nämlich, dass das Hüftgelenk des Beschwerdeführers infolge des schicksalhaften Verlaufs derart vorgeschädigt gewesen sei, dass eine Gelegenheits- oder Zufallsursache, wie es das Ausrutschen beim Wandern ohne Sturz und Anschläge der Hüfte dargestellt habe, ausgereicht habe, um den Vorzustand (die bereits stark fortgeschrittenen Hüftnekrosen mit beginnender Coxarthrose) zu dekompensieren. Dabei gelte es auch zu beachten, dass die festgestellten Femurkopfnekrosen sehr gross und ausgeprägt gewesen seien, zusätzlich ein Kopfeinbruch und eine beginnende Coxarthrose festgestellt worden sei und damit die Zerstörung des Hüftgelenks schon stark fortgeschritten gewesen sei und nur noch eine Hüftgelenktotalendoprothese möglich gewesen sei. Damit sei ein schon über einen längeren Zeitraum stattgefundenes krankhaftes Geschehen, nämlich die Zerstörung des Knochens durch eine Durchblutungsstörung, ausgewiesen, das längst vor dem Ereignis vom 23. Juli 2023 seinen Anfang genommen habe. Das geringfügige Ereignis vom 23. Juli 2023 sei ohne Berührung oder Anschläge auf dem Boden

oder Gelände, d.h. ohne Trauma des Hüftgelenks auch gar nicht geeignet, eine solche Erkrankung auszulösen; es komme als Ursache der Beschwerden des Beschwerdeführers nicht in Betracht. Es sei davon auszugehen, dass ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zur selben Dekompensation der bestehenden Erkrankung geführt hätte und das Ereignis vom 23. Juli 2023 nicht als kausal signifikantes Ereignis erscheine, sondern als austauschbarer Anlass. Dies habe zur Folge, dass die behaupteten Beschwerden nicht - auch nicht nur teilweise - auf das Ausrutschen vom 23. Juli 2023 zurückzuführen seien und demzufolge keine Leistungspflicht der Vorinstanz als UVG-Versicherer begründet worden sei. Selbst wenn der natürliche Kausalzusammenhang bejaht würde - was bestritten werde - sei mit den vorhandenen medizinischen Akten ausreichend dokumentiert, dass (wenn überhaupt) maximal eine kurze und vorübergehende Akzentuierung des bereits massiven Vorzustandes stattgefunden hätte. Die von der Vorinstanz ausgerichteten Leistungen bis 17. September 2023 seien dabei grosszügig bemessen. Damit wären auch mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die Voraussetzungen für eine Leistungseinstellung gegeben, selbst wenn von einer Leistungspflicht auszugehen wäre. Weitere Abklärungen der Vorinstanz erübrigten sich in jedem Fall.

Es werde auch eine Mitverursachung durch das Ereignis vom 23. Juli 2023 bestritten. Da die Vorinstanz von Anfang an nicht leistungspflichtig gewesen sei, stelle sich auch die Frage des Status quo sine gar nicht. Selbst wenn dagegen von einer grundsätzlichen Leistungspflicht auszugehen sei, sei mit dem Bericht der beratenden Ärztin der Sachverhalt ausreichend geklärt und die Terminierung des Status quo sine per 17. September 2023 nicht zu beanstanden.

**3.4** Mit Replik vom 15. November 2024 bringt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, dass sich für ein zum Zeitpunkt des Unfalls bestehendes krankhaftes Geschehen in der Hüfte des Beschwerdeführers kein einziger Hinweis in den Akten fände und sich die behandelnden Ärzte nicht zur Ursache der Hüftkopfnekrose geäussert hätten. Weiter verweist der Beschwerdeführer auf den Bericht von Dr. L. \_\_\_\_\_ (vgl. oben E. 2.13), den er mit der Replik einreicht. Dieser begründe den Kausalzusammenhang sowohl der Hüftkopfnekrose beidseits als auch der Beinschmerzen. Ferner habe auch der erstbehandelnde Hausarzt bei der Untersuchung am 16. August 2023 beidseitig deutliche Einschränkungen der Hüfte für Innenrotation und positive Impingementszeichen sowie eine dorsale Verkürzung der Oberschenkelmuskulatur, multiple muskuläre Schmerzpunkte gluteal und am Trochanter feststellen können. Es sei daher aktenwidrig, wenn die Beschwerdegegnerin ausführe, in den medizinischen Akten fänden sich keine Hinweise für Beinschmerzen. Auch wenn in der Folge die Untersuchungen

und Behandlungen insbesondere der Femurkopfnnekrosen im Fokus gestanden hätten, sei daraus nicht der Schluss zu ziehen, dass der Beschwerdeführer nicht auch an Beschwerden in den Beinen gelitten hätte. Dass diese stets vorhanden gewesen seien, zeige sich denn auch sechs Wochen nach der Hüftgelenkprotheseoperation deutlich. Dies ergebe sich auch aus dem Bericht der R. \_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2024, wonach die bereits präoperativen muskulären, ausstrahlenden Beinschmerzen weitgehend unverändert seien. Der Beschwerdeführer stehe weiterhin wegen dieser Schmerzen bei Dr. L. \_\_\_\_\_ in Behandlung. Im Weiteren sei der Beurteilung der beratenden Ärztin vom 10. Oktober 2023 die Beurteilung des beratenden Arztes vom 22. September 2023 entgegenzuhalten. Darin habe Dr. med. P. \_\_\_\_\_ zur Frage, ob die beidseitigen Hüftkopfdeme bzw. -nekrosen auf das Ereignis zurückzuführen seien, geantwortet, dass es bei einem Spagat möglich wäre, dass sich aufgrund der im MRI festgestellten Taillienstörung eine Subluxation der Femurköpfe ereignet habe mit Kontusion des cranialen Kopfanteils und nachfolgendem Ödem des Knochenmarks. Zuzufolge Dr. P. \_\_\_\_\_ müsse ferner die Frage beantwortet werden, ob der Versicherte an Vorerkrankungen (Lipidstörung, Nikotinabusus) leide, die eine derartige Durchblutungsstörung erklären könnten. Die durch die Vorinstanz getätigten Abklärungen zeigten allesamt, dass der Beschwerdeführer an keinen solchen Vorerkrankungen leide und er beim besagten Unfall beim Aufstieg zur F. \_\_\_\_\_ ausgerutscht sei, sodass ihm beide Beine auseinandergelitten seien und er somit quasi einen Spagat gemacht habe. Weil stets alle Ärzte danach gefragt hätten, ob er beim Unfall gestürzt sei, sei er davon ausgegangen, dass dieser Umstand relevant sei und habe deshalb in der Unfallmeldung vom 16. August 2023 sowie im Unfallfragebogen vom 21. September 2023 vor allem dazu Angaben gemacht. Die Unfallstelle an dem schrägabfallenden Hang unterhalb der F. \_\_\_\_\_ sei sehr steil und stark geröllhaltig, was sich aus den einzureichenden Fotos ergäbe; damit sei es überwiegend wahrscheinlich, dass ihm beim Ausrutschen auf dem losen Gestein die Beine auseinandergelitten seien. Vor dem dargelegten Hintergrund überzeuge die versicherungsmedizinische Beurteilung vom 10. Oktober 2023 nicht. Dass sich beim Beschwerdeführer ohne entsprechende Grunderkrankung eine Durchblutungsstörung eingestellt habe, welche für die Bildung der Hüftkopfnnekrose verantwortlich sein solle, sei nicht nachvollziehbar. Eine Lipidstörung oder ein Nikotinabusus liege bei ihm nicht vor. Daher sei aufgrund des Unfallhergangs mit Dr. P. \_\_\_\_\_ und dem behandelnden Chiropraktiker davon auszugehen, dass die Hüftkopfnnekrose unfallkausal sei. Die gegenteilige Einschätzung vom 10. Oktober 2023 setze sich damit nicht auseinander und sei somit nur schon deshalb beweisuntauglich. Damit bestünden mehr als nur geringe Zweifel an dieser Beurteilung, weshalb sich vorliegend weitere Abklärungen auf-

drängten. Die Angelegenheit sei daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese ergänzende Abklärungen im Rahmen einer Begutachtung vornehme.

**3.5** Die Vorinstanz wendet duplizierend ein, dass bereits die ersten Abklärungen beim Hausarzt sehr grosse Femurnekrosen ergeben hätten, rechts sogar mit Kopfeinbruch. Die Radiologiebefunde vom 2. Oktober 2023 bestätigten hyper-sklerotische Femurköpfe mit Einbrüchen und Gelenksverschmälerungen, welche typisch für ein degeneratives Geschehen seien, welches schon über einen längeren Zeitraum bestanden habe. Prof. Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ sei daher in seinem Bericht vom 6. Oktober 2023 zur Beurteilung gekommen: "Komplexe Situation bei jungem Patienten (der noch nicht ganz 40 Jahre alt) mit ausgeprägten Femurkopfnekrosen". Zu ergänzen sei, dass diese Erkrankung gehäuft bei Männern zwischen 35 und 50 Jahren auftrete. Ätiopathogen unterscheide man zwischen posttraumatischen und atraumatischen Femurkopfnekrosen. Eine posttraumatische Femurkopfnekrose komme nur bei einer Verletzung des Hüftgelenks (Fraktur oder Luxation) in Frage. Bei atraumatischen Femurkopfnekrosen bleibe die Ursache meist ungeklärt. Diese Form werde als idiopathisch bezeichnet. In casu habe nachweislich keine Verletzung des Hüftgelenks stattgefunden. Weder eine Fraktur noch eine Luxation lasse sich den Akten entnehmen. Eine traumatische Ursache könne damit ausgeschlossen werden. Im Operationsbericht vom 15. Dezember 2023 halte Prof. Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ die unklare Ätiologie ausdrücklich fest, was die idiopathische Form einer Femurkopfnekrose bestätige. Hätten auch nur die geringsten Hinweise auf eine traumatische Ursache bestanden, wäre dies aktenkundig, zumindest als Verdacht oder im Rahmen einer Differenzialdiagnose. Korrespondierend mit der Beurteilung von Prof. Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ und den weiteren medizinischen Akten komme daher auch die beratende Ärztin zum Schluss, dass ein krankhaftes vorbestandenes Geschehen vorliege. Damit sei der Nachweis einer bereits vor dem Ereignis vom 23. Juli 2023 bestandenen Erkrankung erbracht. Der durch den Beschwerdeführer ins Recht gelegte Bericht vom 10. Oktober 2024 von Dr. L. \_\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer gerademal zweimal behandelt habe, erstmals am 12. September 2024 und somit rund 14 Monate nach dem zur Diskussion stehenden Ereignis, richte sich ausserdem an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, die Dr. L. \_\_\_\_\_ offensichtlich schon vorgängig kontaktiert und Fragen an ihn gerichtet habe. Damit sei der Bericht von Dr. L. \_\_\_\_\_ schon grundsätzlich nicht geeignet, die ereignisnahen medizinischen Beurteilungen in Frage zu stellen. Für die vom Beschwerdeführer erstmals vorgebrachten Sachverhaltsdarstellungen zum Unfallhergang, für die behauptete Zerrung der Oberschenkelinnenseite und für die seither geltend gemachten Schmerzen fänden sich keine Hinweise in den Akten, weshalb eine Bestreitung erfolge. Namentlich sei die Auffassung von Dr.

L. \_\_\_\_\_, wonach beim Sturz am 23. Juli 2023 eine Verletzung der Arteria capitis femoris stattgefunden haben solle, nicht geeignet, entgegen der echtzeitlichen medizinischen Akten und rund 14 Monate nach dem zur Diskussion stehenden Ereignis eine Arterienverletzung auch nur ansatzweise glaubhaft zu machen, geschweige denn nachzuweisen. Vielmehr sei dem Bericht zu entnehmen, dass Dr. L. \_\_\_\_\_ die späteren Schilderungen des Ereignisses sowie den Standpunkt des Beschwerdeführers telquel übernommen habe. Die von Dr. L. \_\_\_\_\_ gezogenen Schlüsse seien von der Nähe zum Patienten geprägt und nicht objektiv. Seine Schlüsse seien unfundiert und klammerten relevante, ereignisnahe, medizinische Akten aus. Namentlich verschliesse er sich der Tatsache, dass kein Trauma der Hüfte stattgefunden habe. Abgesehen davon fehle es ihm als Chiropraktiker an der erforderlichen Qualifikation zur Beurteilung der Ursachen einer Femurkopfnekrose. Wenn Dr. L. \_\_\_\_\_ ausführe, er postuliere den Zusammenhang, da trotz Untersuchungen durch diverse Spezialisten kein anderer Grund für die zeitgleiche beidseitige Hüftkopfnekrose habe gefunden werden können, verkenne er, dass gerade bei der atraumatischen, idiopathischen Form der Femurkopfnekrose die Ursache ungeklärt bleiben würden. Betreffend die Beinbeschwerden macht die Vorinstanz im Weiteren geltend, mit dem Bericht vom 10. Oktober 2024 liege kein echtzeitliches Dokument vor, das die geltend gemachten Bein- und Rückenbeschwerden nachweise. Auch für die im besagten Bericht ausgeführte Diagnose eines posttraumatischen lumbosakralen Schmerzsyndroms fänden sich keine zum Ereignis zeitnahen, medizinischen Akten. Es sei davon auszugehen, dass diese Beschwerden mit den später aufgetretenen Diskushernien im Zusammenhang stünden. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers würden im Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 4. September 2023 keine Beinschmerzen beschrieben, sondern die typischen Beschwerden und Einschränkungen bei einer fortgeschrittenen Hüftkopfnekrose. Zudem habe Dr. G. \_\_\_\_\_ den Verdacht auf ein femoroacetabuläres Impingement-Syndrom mit Aktivierung durch Sturz geäußert. Mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks seien aber das Impingement und die damit verbundenen Schmerzen behoben. Dass die Beschwerden im Zusammenhang mit Diskushernien stünden und die Theorie von Dr. L. \_\_\_\_\_ unzutreffend sei, ergäbe sich auch dadurch, dass lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in die Beine typische Beschwerden bei einem Bandscheibenvorfall im Bereich der Lendenwirbelsäule seien. Es werde im Weiteren auch die erstmals in der Replik vorgebrachte Behauptung des Beschwerdeführers bestritten, dass ihm beide Beine auseinandergeglitten seien und er quasi einen Spagat gemacht habe. Ein solcher Sachverhalt sei weder echtzeitlich belegt noch aus den späteren Dokumenten aktenkundig. Zudem fände sich in den medizinischen Akten nicht der geringste Hinweis

einer Subluxation. Eine beidseitige Verletzung bzw. Hüftverletzung sei allein aufgrund des Bewegungsablaufs nicht plausibel. Es sei völlig abwegig, dass ein Sturz bzw. dessen Vermeiden auf unebenem Gelände zu einer praktisch identischen Verletzung beidseits führe, denn dies hätte ein seitengleiches und gleichmässiges Bewegungsmuster erfordert. Eine unfallkausale Schädigung sei nachvollziehbar ausgeschlossen, da die Spezialisten ansonsten Spuren einer traumatischen Femurnekrose festgestellt hätten. Der Bericht des behandelnden Chiropraktikers sei nicht geeignet, relevante Zweifel an der Beurteilung der beratenden Ärztin zu begründen. Ergänzende Abklärungen erübrigten sich damit. Es sei von einer Zufalls- oder Gelegenheitsursache auszugehen, womit gemäss Rechtsprechung und Literatur jegliche Kausalität, und damit auch eine Teilkausalität ausser Betracht falle und kein Raum für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers bestehe.

**4.1** Wie gesehen, verneint die Vorinstanz die Unfallkausalität sowohl mit Einspracheentscheid vom 17. Mai 2024 als auch mit der darauffolgenden Vernehmung vom 23. September 2024 und der Duplik vom 20. Januar 2025 basierend auf der Aktenbeurteilung von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2023. Der Beurteilung von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ kommt dabei der Beweiswert einer versicherungsinternen ärztlichen Feststellung zu (Urteil BGer 8C\_150/2024 vom 10.10.2024 E. 2.3). Es ist deshalb zu prüfen, ob mindestens geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil BGer 8C\_801/2017 vom 24.4.2018 E. 4). Es gilt an dieser Stelle erneut darauf hinzuweisen, dass an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, sofern ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

**4.2** Vorab gilt es den Unfallhergang zu klären. Gemäss Dr.med. P. \_\_\_\_\_ könnte die Unfallkausalität möglich sein, wenn der Beschwerdeführer beim Unfall einen Spagat gemacht hätte (vgl. oben E. 2.5). Dr.med. H. \_\_\_\_\_ verneinte dann die Unfallkausalität, weil es nicht nachvollziehbar sei, dass aufgrund des Ereignisses eine beidseitige Hüftkopfnekrose entstanden sein sollte (vgl. oben E. 2.7). Replizierend und unter Verweis auf den Bericht Dr. L. \_\_\_\_\_ macht der Beschwerdeführer dann aber genau einen solchen Spagat geltend (vgl. oben E. 2.13 und E. 3.4). Dies ist allerdings unbehilflich. Diesbezüglich gilt es den Beschwerdeführer auf die Beweismaxime der "Aussage der ersten Stunde" hinzuweisen. Danach sind die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde"

in der Regel unbefangener und zuverlässiger als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn der Versicherte seine Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt nach der Rechtsprechung zur "Aussage der ersten Stunde" den Angaben, die er kurz nach dem Unfall gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (Urteil BGer 8C\_150/2024 vom 10.10.2024 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 168 E. 5.2.2; BGE 121 V 45 E. 2a). Während aus der Unfallmeldung vom 16. August 2023 (vgl. oben E. 2.1.1) wie auch aus der Beantwortung des allgemeinen Unfallfragebogens (vgl. E. 2.1.4) lediglich hervorgeht, dass der Beschwerdeführer beim Aufstieg zur F.\_\_\_\_\_ gestürzt ist, sich aber noch hat auffangen können, wird der Hergang des Auseinandergleitens der Beine bzw. des Spagats erstmals vor Verwaltungsgericht vorgetragen. Anlässlich des Telefonates vom 2. Oktober 2023 an die Vorinstanz berichtete der Beschwerdeführer gar explizit, das Gelenk sei anlässlich des Unfalles nicht luxiert (vgl. oben E. 2.1.5). Wäre es effektiv zu einem Spagat gekommen, wäre nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer diesen nicht bereits früher mindestens einmal kommuniziert hätte, ist dieser doch von gewisser Eindringlichkeit und daher anzunehmen, dass eben dieses eindrückliche Element zumindest einmal kommuniziert und dokumentiert worden wäre, zumal er den Hergang mehrfach schildern musste. Dass im Bericht von Dr. L.\_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2024 von einem Auseinandergleiten der Beine ausgegangen wird, ist somit weniger dem tatsächlichen Unfallmechanismus als vielmehr dem Umstand geschuldet, dass dieser geschilderte Unfallhergang knapp 14 Monate nach dem Ereignis und nach Kenntnisnahme der Begründung der Leistungsablehnung (inkl. Bericht vom 22.9.2023) vom Beschwerdeführer übernommen wurde. Auch die mit Replik eingereichten Bilder des Aufstiegs zur F.\_\_\_\_\_ vermögen weder für sich allein, noch zusammen mit dem Bericht Dr. L.\_\_\_\_\_ einen Spagat mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Es ist daher im Sinne der spontanen Aussage der ersten Stunde sowie der am 2. Oktober 2023 ausdrücklichen Verneinung einer Luxation lediglich auf ein Ausrutschen und Abfangen des Sturzes ohne Auseinandergleiten der Beine bzw. Spagat abzustellen. Damit aber ist kein Unfallmechanismus erstellt, welcher gemäss Dr.med. P.\_\_\_\_\_ eine Kausalität begründen könnte, und es ist mit Dr.med. H.\_\_\_\_\_ von einem für das Entstehen einer beidseitige Hüftkopfnekrose untauglichen Unfallhergang auszugehen.

**4.3.1** Soweit der Beschwerdeführer gestützt auf den Bericht von Dr. L.\_\_\_\_\_ geltend macht, dieser stelle aufgrund der durch den Spagat forcierten Abduktionsbewegung die Diagnosen einer Zerrung der Adduktorenmuskeln sowie eine

Verletzung der Aa. Capitis femoris beidseits, gilt es - neben dem zuvor begründeten Fehlen eines Spagates - festzuhalten, dass sich den echtzeitlichen medizinischen Akten konkret keine Zerrung der Adduktorenmuskeln und des Beckens, insbesondere der beiden ISG Gelenke entnehmen lässt. Vielmehr ist dem MRI-Bericht vom 4. September 2023 zu entnehmen, es bestehe eine "normale Signalgebung [...] der Adduktorenmuskeln beidseits" (vgl. oben E. 2.3). Den echtzeitlichen medizinischen Akten lässt sich auch kein Hinweis auf eine Verletzung der Aa. Capitis femoris beidseits entnehmen. Vielmehr spricht etwa der Bericht von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 7. September 2023, welcher von einer intakten peripheren DMS spricht, dagegen (vgl. oben E. 2.4).

**4.3.2** Dass Dr. L. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht ausführt, er postuliere den Zusammenhang zwischen der Verletzung der Aa. Capitis femoris beidseits und der Nekrose, da trotz Untersuchungen durch diverse Spezialisten kein anderer Grund für die zeitgleichen beidseitigen Hüftkopfnekrosen habe gefunden werden können, scheint ebenfalls nicht zu überzeugen, zumal - wie von der Vorinstanz zu Recht vorgebracht - zu berücksichtigen ist, dass im Falle einer idiopathischen Hüftkopfnekrose die Ursache der Entstehung unklar bleibt (<https://www.gelenkzentrum.com/fachgebiete/huefte/femurkopfnekrose/>, abgerufen am 17.2.2025). Neben der Beurteilung von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ist diesbezüglich namentlich auch auf die Berichte der behandelnden Ärzte zu verweisen, welche alle in Kenntnis des Unfallereignisses vom 23. Juli 2023 die Ätiologie der Hüftkopfnekrose gleichwohl als unklar und damit ausdrücklich nicht - zumindest nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - auf den Unfall zurückführen.

**4.3.3** Damit aber ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz das Unfallereignis vom 23. Juli 2023 nicht als Ursache für die Femurkopfnekrose und damit auch nicht für die am 5. Dezember 2023 durchgeführte Hüft-TP beidseits anerkannt hat. Der Bericht von Dr. L. \_\_\_\_\_ vermag diesbezüglich an der Beurteilung von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken. Andere fachärztliche Berichte, welche einen Kausalzusammenhang postulieren würden, liegen keine vor. Da eine Beteiligung der Hüfte beim Unfallgeschehen - etwa im Sinne einer Luxation oder eines Aufschlagens - nicht ausgewiesen ist, ist die vorinstanzliche Beurteilung schlüssig, wonach der Unfall vom 23. Juli 2023 nur eine Zufalls- oder Gelegenheitsursache darstellte, die auf einen derart labilen, prekären Vorzustand traf, dass jederzeit mit dem Eintritt der Schädigung zu rechnen war. Dass der Beschwerdeführer nach eigener Aussage vor dem Ereignis hinsichtlich die Hüften beschwerdefrei war, ändert hieran nichts, resp. kann er

hieraus keine Unfallkausalität ableiten (post hoc ergo propter hoc; BGE 149 V 218 E. 5.6).

**4.4** Aufgrund der medizinischen Berichte sowie der Vorbringen des Beschwerdeführers besteht zudem keine Veranlassung, die geklagten Beinbeschwerden auf das Unfallereignis zurückzuführen.

Im Fragebogen hielt der Beschwerdeführer am 21. September 2023 wohl fest, unmittelbar nach dem Unfall sehr starke Schmerzen in beiden Beinen und im Hüftbereich verspürt zu haben (vgl. oben E. 2.1.4). Über diesen sehr allgemeinen Hinweis hinaus macht er aber keine genaueren Angaben, welche Rückschlüsse auf eine Unfallverletzung zulassen würden. In den echtzeitlichen medizinischen Akten findet sich der Hinweis auf Beinbeschwerden erstmals im Sprechstundenbericht vom 19. Januar 2024 (vgl. oben E. 2.11.1). Auch wenn hier festgehalten ist, die muskulären, ausstrahlenden Schmerzen von Mitte Oberschenkel bis in die Waden seien bereits präoperativ beschwerdeführend gewesen, so vermag dies einen Zusammenhang mit dem Unfallereignis nicht zu begründen. Einen solchen äussert auch der behandelnde Arzt nicht, sondern er spricht diesbezüglich von unklarer Ätiologie, was einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang keineswegs zu begründen vermag. Auch nach dem zur Klärung durchgeführten MRI-LWS, welches diverse degenerative Veränderungen zeigte (vgl. oben E. 2.11.2), bleibe unklar, ob der Befund mit den "diffusen Beschwerden" korreliere (vgl. oben E. 2.12).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, bereits der Bericht des Hausarztes nach der Erstkonsultation belege die Beinbeschwerden, so ist dem entgegenzuhalten, dass dieser gar nur von Schmerzen in beiden Hüften spricht, welche sich nach dem Unfall eingestellt hätten (vgl. oben E. 2.1.2). Unter den Befunden spricht der Hausarzt von dorsaler Verkürzung der Oberschenkelmuskulatur und multiplen muskulären Schmerzpunkten gluteal und am Trochanter. Keine radikulären Ausfälle (vgl. oben E. 2.2). Hinweise auf eine von Dr. L. \_\_\_\_\_ festgehaltene "starke Zerrung der Oberschenkelinnenseiten" sowie Schmerzen im inneren Bereich der Oberschenkel (vgl. oben E. 2.13) finden sich damit keine. Dokumentiert sind nur dorsale und gluteale Muskelschmerzen sowie am Trochanter.

Damit aber liegen schon gar keine Berichte im Recht, welche für die geklagten, diffusen Beinbeschwerden ein objektivierbares, organisches Substrat benennen würden. Hieran ändert auch der Bericht von Dr. L. \_\_\_\_\_ nichts, denn klinische Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur oder eine Druckdolenz sowie Einschränkung in der Beweglichkeit lassen nicht auf ein klar

fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat eines Beschwerdebildes schliessen (Urteil BGer 8C\_763/2020 vom 22.2.2021 E. 6.3.2 m.w.H).

Vor diesem Hintergrund liesse sich nicht rechtfertigen, die geklagten diffusen Beinbeschwerden ohne Nachweis eines unfallbedingten organischen Korrelats mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 23. Juli 2023 zurück zu führen. Vielmehr ist ein Kausalzusammenhang zu verneinen. Auch diesbezüglich vermag die Aussage, vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen zu sein, nichts zu ändern. Bleibt anzufügen, dass es nicht Sache der Unfallversicherung ist, eine alternative Ursache für Befunde zu finden, für die sie mangels überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Ereignis nicht leistungspflichtig ist (Urteil BGer 8C\_480/2021 vom 6.12.2021 E. 4.2.1).

**4.5** Zusammenfassend kann vollumfänglich auf die Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2023 abgestellt werden. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die auch nur geringe Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung begründen würden. Das Unfallereignis vom 23. Juli 2023 ist weder direkt noch mittelbar vollständig oder teilursächlich (noch nicht einmal als *conditio sine qua non* für den Zeitpunkt) für die Femurkopfnekrose mit in der Folge erfolgter Hüft-TP beidseits und ebensowenig besteht ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis und den geklagten, diffusen Beinbeschwerden. Damit aber ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz für eine Unfallschädigung im Rahmen einer Kontusion als Folge des Unfalls vom 23. Juli 2023 vom Erreichen des Status quo sine vel ante 6 bis 8 Wochen nach dem Ereignis ausging und die Leistungen per 17. September 2023 eingestellt sowie einen darüberhinausgehenden Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung abgelehnt hat. Nachdem der Unfallhergang feststeht, der Beschwerdeführer umfassend untersucht wurde und mit Ausnahme von Dr. L.\_\_\_\_\_ (dessen Beurteilung indes widerlegt ist) kein Arzt eine Unfallkausalität postuliert, ist auf die vom Beschwerdeführer beantragten ergänzenden Abklärungen im Rahmen eines Gutachtens zu verzichten. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

**5.1** Es sind keine Kosten zu erheben (vgl. Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**5.2** Diesem Verfahrensausgang entsprechend besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Rechtsprechungsgemäss hat die Vorinstanz als Unfallversicherer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (BGE 126 V 143 E. 4b), zumal vorliegend auch keine Anhalts-

punkte für eine mutwillige oder leichtsinnige Prozessführung seitens des Beschwerdeführers bestehen.

**Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. 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).
4. Zustellung an:
  - die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Rechtsvertreterin der Vorinstanz (2/R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 10. März 2025

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch 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: 28. März 2025