

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.218 vom 17. Mai 2024**

SO Obergericht, 2024-05-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.218\\_d20240517](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.218_d20240517)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.218 du 17 mai 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.218 del 17 maggio 2024

## **Regeste**

Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der Einsprache-Entscheid der Suva vom 10. Juli 2023 sei aufzuheben.

### **E. 2**

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung, SR 832.20, UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG).

2.2 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

### **E. 2.1**

Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung, SR 832.20, UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). 2.2 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist. 3. 3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). 3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter 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 S. 181). 3.3 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen). 3.4 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). 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, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1). 4. Streitig ist vorliegend einerseits, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Versicherungsleistungen zu Recht per 30. Juni 2022 verneint hat. Andererseits ist umstritten, ob die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat, indem sie ihm die Ärztliche Beurteilung der Kreisärztin, Dr. med. C.\_\_\_\_, vom 10. März 2023 (Suva-Nr. 128) vor Erlass des Einspracheentscheids vom 10. Juli 2023 nicht zur Kenntnis- und Stellungnahme vorgelegt hat. Die letztgenannte Rüge betreffend Verletzung des rechtlichen Gehörs ist vorweg zu prüfen. 4.1 Nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 Satz 1 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht der betroffenen Person, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen und Einsicht in die Akten zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren

Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Voraussetzung des Äusserungsrechts sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidungswesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_162 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.1 mit Verweis auf BGE 140 I 99). Als Teil des Anspruchs auf rechtliches Gehör steht der versicherten Person das Recht zu, sich zum Beweisergebnis zu äussern und erhebliche Beweisanträge zu stellen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst mithin als zentralen Teilgehalt das Recht auf Akteneinsicht. Eine notwendige Bedingung für dessen Wahrnehmung sowie für die Ausübung des damit in engem Zusammenhang stehenden Rechts auf Äusserung besteht darin, dass die Behörde die Parteien davon in Kenntnis setzt, wenn sie dem Dossier neue Akten beifügt, die für die Entscheidungsfindung wesentlich sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2011, 8C\_1030/2010, E. 2.2, mit Hinweisen).

4.2 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit andern Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht. Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (Urteil des Bundesgerichts 9C\_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 mit Verweis auf BGE 126 V 130 und 137 I 195).

4.3 Dem Beschwerdeführer wurde die Ärztliche Beurteilung der Kreisärztin, Dr. med. C.\_\_\_\_, vom 10. März 2023 (Suva-Nr. 128) vor Erlass des Einspracheentscheids vom 10. Juli 2023 nicht zur Kenntnis gebracht. Inhaltlich hält die Kreisärztin in der Beurteilung vom 10. März 2023 fest, in ihrer medizinischen Beurteilung vom 1. Juli 2022 habe sie ausgeführt, dass das Unfallereignis zu keinem strukturellen Schaden geführt habe. An dieser Beurteilung änderten die neu eingetroffenen Berichte nichts. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Entscheid zwar unter anderem auf diese kreisärztliche Stellungnahme. Dabei handelt es sich aber grösstenteils nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung der Kreisärztin, sondern lediglich um eine versicherungsinterne Würdigung der neu eingereichten Akten. Das rechtliche Gehör wäre zudem dann zu gewähren, wenn diese Stellungnahme eine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung enthalten hätte, welche nicht den Akten entnommen werden kann (VersG SG IV 2009/280 vom 6. April 2011, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts 9C\_436/2011 vom 5. August 2011, E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_501/2012 vom 24. Juli 2012, E. 4.2). Die in der kreisärztlichen Stellungnahme enthaltene Würdigung enthält jedoch kaum neue medizinische Erkenntnisse oder Behauptung, welche nicht den Akten entnommen werden kann. Insofern die Kreisärztin in ihrer Stellungnahme gewisse Schlussfolgerungen macht, die nicht den Berichten der behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin entnommen werden können, ist diesbezüglich höchstens von einer leichten Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen.

Bei dieser Gehörsverletzung handelt es sich aber um einen ohne Weiteres heilbaren Mangel. So ist von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, kann die Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich der Beschwerdeführer in seiner Rechtsschrift zu den genannten Berichten hat äussern können. Sodann ist eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile 8C\_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C\_758/2009, E. 2.3 und 2.4). Darüber wird – abhängig vom Ausgang des Verfahrens – in E. II. 8 hiernach zu entscheiden sein. 5. Zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre weitergehende Leistungspflicht bezüglich des Ereignisses vom 14. Dezember 2021 mit Einspracheentscheid vom 10. Juli 2023 verneint und ihre Leistungen per 30. Juni 2022 eingestellt hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang: 5.1 Im Notfallbericht des B.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2021 (Suva-Nr. 22) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Contusio capitis/Os zygomaticus links • nach Verkehrsunfall am 14. Dezember 2021 • CT-Schädel-HWS: Kein Anhalt für eine frische intrakranielle Blutung. Kein Nachweis einer frischen Fraktur im Bereich der Schädelkalotte, der Schädelbasis oder des Gesichtsschädels. Kein Nachweis einer Dissektion im Bereich der supraaortalen extrakraniellen hirnversorgenden Arterien. 2. Ellenbogenkontusion links • nach Verkehrsunfall am 14. Dezember 2021 • Röntgen Ellenbogen links: Kein Anhalt für eine frische knöcherne Fraktur oder Absprengung. Kein Nachweis einer grösseren Flüssigkeitsansammlung im Gelenkspalt. 3. Kniekontusion links • nach Verkehrsunfall am 14. Dezember 2021 • Röntgen-Knie links: Kein Anhalt für eine frische knöcherne Fraktur oder Absprengung. Kein Nachweis einer grösseren Flüssigkeitsansammlung im Kniegelenkspalt. Die notfallmässige Selbstvorstellung sei nach einem Verkehrsunfall des Beschwerdeführers als Beifahrer eines PKWs gegen einen anderen PKW mit ca. 50 km/h erfolgt. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers sei ihr PKW von vorne links mit einem anderen PKW kollidiert. Beim Aufprall sei er mit dem Oberkörper nach vorne geschleudert worden und habe sich linksseitig den Kopf gestossen. Keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie. Er habe das Auto sofort selbständig verlassen können. Er sei angegurtet gewesen, Airbags seien nicht ausgelöst worden. Aktuell beklage er Schmerzen über dem Jochbein links, am Kopf temporal links sowie an Ellenbogen und Knie links. Amnesie, Schwindel, Nausea, Emesis seien verneint worden. Sodann wurde zur Befunderhebung im Bericht im Wesentlichen festgehalten, Thoraxform normal, symmetrische Atembewegungen, VAG über allen Lungenfeldern, keine Thoraxinstabilität/Druckdolenz. GCS 15 Punkte, Pupillen isokor, mittelweit und beidseits lichtreagibel mit konsensueller Reaktion. Patient allseits orientiert. Keine Lateralisierungszeichen. BWS und LWS indolent, kein muskulärer paravertebraler Hartspann. 5.2 Im Bericht der D.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2022 (Suva-Nr. 35) wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer bestünden persistierende Thorakolumbalgien

nach Verkehrsunfall vom 14. Dezember 2021. Seit einem Verkehrsunfall mit Frontalkollision im Dezember letzten Jahres klage der Beschwerdeführer über Schmerzen im Bereich der LWS und BWS ohne relevante Besserung im Verlauf. Das MRI LWS vom 24. Februar 2022 zeige eine Diskopathie mit deutlichem Signalverlust L4/5, eine leichte Impression der Deckplatte ventral (eher vorbestehend). L5/S1 sei regelrecht bis auf ein leichtes Diskusbulging ohne Kontakt zu den neuralen Strukturen. Die kranialen Bandscheiben seien wenig degeneriert, angedeutete Deckplattenunregelmässigkeiten im Sinne eines leichten Morbus Scheuermann Typ 2. Die Beschwerden tief lumbal könnten durch eine aktivierte Osteochondrose respektive black disc im Segment L4/5 herrühren. Die thorakalen Beschwerden schienen muskulär mit vermutlich sekundärer costovertebraler Dysfunktion bedingt zu sein. Man werde den Beschwerdeführer demnächst zur Facettengelenksinfiltration L4/5 wiedersehen und im Rahmen der Infiltration über den weiteren Verlauf berichten.

5.3 In der ärztlichen Beurteilung vom 1. Juli 2022 (Suva-Nr. 84) führte Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Kreisärztin, aus, der Versicherte habe am 14. Dezember 2021 einen Verkehrsunfall erlitten. Initial habe er Beschwerden im Rücken beklagt, Ellbogen links und Knie links. Sämtliche radiologischen Abklärungen (konventionelles Röntgen Knie links, Ellbogen links, CT Schädel nativ und Angiographie) zeigten keine unfallkausalen strukturellen Läsionen. Ein MRI vom 24. Februar 2022 habe degenerative Veränderungen im Segment L4/5 zur Darstellung gebracht. Verschiedene Fachärzte interpretierten die Beschwerden als muskuläre Verspannungen. Chiropraktik sei durchgeführt worden, habe jedoch nur minimal geholfen. Die MR-tomographisch sichtbaren Veränderungen seien als degenerative Genese und vorbestehend anzusehen. Eine neue unfallkausale strukturelle Läsion habe nicht objektiviert werden können. Eine LWS-Kontusion/-distorsion gelte nach 4 – 6 Monaten als abgeheilt.

5.4 Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 26. August 2022 (Suva-Nr. 98) wurden beim Beschwerdeführer ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom nach Verkehrsunfall vom 14. Dezember 2021 sowie ein fragliches Hüft-Impingement links diagnostiziert. Der Beschwerdeführer berichte, dass die ihm letztmalige Infiltration erneut für 2 bis 3 Tage eine deutliche Beschwerdelinderung gebracht habe. Die Neurodol-Pflaster klebe er regelmässig auf, dies bringe ihm ebenfalls eine Linderung der Beschwerdesymptomatik. Des Weiteren absolviere er regelmässig Physiotherapie. Weiterhin habe er jedoch Schmerzen im thorakolumbalen Übergang sowie auch lumbalseits, dies teilweise mit Kribbelparästhesien im linken Bein sowie auch einen Schmerz ventral in der linken Leiste.

5.5 Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 16. September 2022 (Suva-Nr. 103) wurden gestützt auf das am 13. September 2022 erstellte MRI LWS folgende Befunde erhoben: Keine spinalen und keine neuroforaminalen Stenosen. Höhengemindertes und dehydriertes Bandscheibenfach LWK 4/5 mit Schmorlschen Deckplatteneinbruch LWK 5. Leichte Spondylarthrose LWK 2 – 5. Sodann habe das MRI Hüftgelenk links vom 13. September 2022 folgende Befunde ergeben: 3 x 2,5 x 1,4 cm messende popcornartige Läsion am Hals-Schaft-Übergang, primär Enchondrom. Keine Binnenläsionen des Hüftgelenks. Des Weiteren wurde zur Beurteilung festgehalten, weiterhin zeige sich eine deutliche Schmerzsymptomatik lumbal sowie auch im thorakolumbalen Übergangsbereich. Die MRI-Befunde diesbezüglich seien weitestgehend unauffällig. Eine Hauptursache für die Beschwerdesymptomatik sehe man im Rahmen der Statik, dies bei vermehrter Beckenkipfung, Verkürzung der ventralen Kette sowie dem gebeugten Gehen.

5.6 Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2022 (Suva-Nr. 114) wurden ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom nach Verkehrsunfall vom 14. Dezember 2021 sowie ein femoroazetabuläres Impingement-Syndrom Hüfte links

diagnostiziert. Des Weiteren wurde als Befund aus dem MRI Hüftgelenk links vom 13. September 2022 ergänzend ein «Herniation-Pit minimale antero-superiore Labrumläsion und kleiner Pouch antero-inferior, DD: kleine Bursa angrenzend an das Ligamentum transversum» aufgeführt. 5.7 Im Bericht der E. \_\_\_ vom 20. Januar 2023 (Suva-Nr. 117) wurde zur Beurteilung ausgeführt, beim Beschwerdeführer zeige sich nach Infiltration eine grundsätzliche Besserung der Beschwerden für 3 – 4 Stunden. Aufgrund der durchgeführten Vollnarkose und womöglich längerer Analgesie-Wirkung sei der diagnostische Effekt mit Vorsicht zu werten. Grundsätzlich spreche jedoch eher alles für eine artikuläre Ursache der Schmerzen, insbesondere bei bestehendem Herniation-Pit. 5.8 In der ärztlichen Beurteilung vom 10. März 2023 (Suva-Nr. 128) hielt Dr. med. C. \_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Kreisärztin, fest, der Beschwerdeführer habe am 14. Dezember 2021 einen Verkehrsunfall als Beifahrer mit ca. 50 km/h erlitten. Auf dem Notfall des B. \_\_\_ habe er gemäss Notfallbericht über Schmerzen über dem Jochbein links, am Kopf temporal links sowie an Ellbogen und Knie links geklagt. Im Status würden BWS und LWS indolent und ohne muskulären paravertebralen Hartspann beschrieben. FAST-Sonographie, CT Schädel nativ und Angiographie Schädel / Hals, Röntgen Knie links und Ellbogen hätten alle keine unfallkausale Läsion gezeigt, so dass der Beschwerdeführer nach Hause habe entlassen werden können. Am 24. Februar 2022 habe ein MRI der LWS stattgefunden mit Indikationsangabe Abklärung bei Rückenschmerzen nach Verkehrsunfall. Eine Diskopathie L4/5 mit subakuter intraspongioser Diskusherniation in die Deckplatte von LWK 5 sowie flachem, zirkumferentiellem Diskusbulging ohne Neurokompromittierung, kein Frakturachweis, kein Hinweis auf aktivierte Facettengelenkarthrosen, keine Neurokompression seien durch den Radiologen beschrieben worden. Der Rückenspezialist, Prof. Dr. F. \_\_\_, habe die tieflumbalen Beschwerden auf eine aktivierte Osteochondrose respektive black disc im Segment L4/5 zurückgeführt. Die Veränderung in der ventralen Deckplatte L5 werde als eher vorbestehend angesehen. Eine Facettengelenkinfiltration L4/5 sei empfohlen worden. Ebenfalls sei eine chiropraktische Therapie durchgeführt worden, wobei im Bericht vom 30. März 2022 stehe, dass der Beschwerdeführer nur mässig auf die Behandlung angesprochen habe, aus chiropraktischer Sicht das subjektive Ausmass der Beschwerden nicht objektiviert werden könne und die Ausübung einer körperlich nicht belastenden Arbeit zumutbar erscheine, weshalb ein gewünschtes Arbeitsunfähigkeitszeugnis nicht ausgestellt worden sei. Sodann habe Dr. med. G. \_\_\_ der E. \_\_\_ die lumbalen Beschwerden als primär muskulär bedingt erachtet, einhergehend mit einer chronischen Schmerzkomponente. Auch er habe die Veränderung im Bereich des schmorl'schen Knotens in der Deckplatte L5 als eher vorbestehend beurteilt. Im Verlauf sei das MRI der LWS wiederholt worden. Dr. med. G. \_\_\_ habe die MRI-Befunde als weitgehend unauffällig beurteilt und sehe die Hauptursache für die Beschwerdesymptomatik lumbal und thorakolumbal im Rahmen der Statik bei vermehrter Beckenkipfung, Verkürzung der ventralen Kette und dem gebeugten Gehen. Gleichzeitig sei bei offenbar progredienten Schmerzen in der linken Leiste ein MRI des Hüftgelenkes links gemacht worden. Dabei seien eine Läsion am Hals Schaft-Übergang, primär einem Endchondrom entsprechend, sowie ein Herniation-Pit am Femurkopf-Schenkelhals-Übergang zur Darstellung gekommen. Im Sprechstundenbericht vom 8. Dezember 2022 seien nun vor allem die linksseitigen Hüftbeschwerden als deutlich einschränkend beschrieben und ein femoroacetabuläres Impingement der linken Hüfte diagnostiziert worden. In der medizinischen Beurteilung vom 1. Juli 2022 habe sie, Dr. med. C. \_\_\_, ausgeführt, dass das Unfallereignis zu keinem strukturellen Schaden geführt

habe. An dieser Beurteilung änderten die neu eingetroffenen Berichte nichts. Das Segment L4/5 sei schwer vorgeschädigt gewesen, mit dehydrierter Bandscheibe. Zudem sei in der Deckplatte von L5 ein schmorl'scher Knoten, also ebenfalls eine degenerative Veränderung, zu sehen. In diese Delle wölbe sich die dehydrierte Bandscheibe vor. Der umgebende Knochen werde mit einem minimalen Ödem dargestellt, was als Impression oder auch im Rahmen der Degeneration interpretiert werden könne. Wäre ersteres der Fall, also eine Impression, wäre natürlich ein sofortiger tieflumbaler Schmerz zu erwarten. Im Notfallbericht des B.\_\_\_\_ werde der lumbale Rücken aber weder unter Diagnosen noch in der Anamnese erwähnt. Im Status würden BWS und LWS sogar als indolent und ohne muskulären paravertebralen Hartspann beschrieben. Dass der Autounfall zu einer strukturellen Läsion an der LWS geführt haben solle, sei somit nicht als überwiegend wahrscheinlich zu beurteilen. Zu der Hüfte sei zu ergänzen, dass diesbezügliche Beschwerden hier erst mehrere Monate nach dem Ereignis erstmals erwähnt worden seien. Die MR-tomographischen Befunde im Sinne eines femoroacetabulären Impingements seien klar als vorbestehend zu werten. Hierbei handle es sich um eine angeborene Hüftkonfiguration mit verminderter Taillierung am Femurkopf-Schenkelhals-Übergang, was in maximaler Flexion und Innenrotation zu einem Anschlagen des Femurkopf-Schenkelhals-Überganges am Acetabulum führe und entsprechende Veränderungen am Labrum und eben am Schenkelhals (Herniation-Pit) auslöse. 5.9 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung bzw. des Einspracheentscheides – vorliegend der 10. Juli 2023 – gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis darstellt (BGE 105 V 161 f. E. 2d). Demnach sind die erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte E.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2023 (B [Beschwerdebeilage] 6 und 7), vom 18. Dezember 2023 (B 8), vom 12. Februar 2024 (B 9) sowie das Aufgebot vom 26. Februar 2024 zur Operation vom 5. April 2024 (B 10) nicht zum Beweis zuzulassen.

### **E. 3**

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter 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 S. 181).

3.3 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).

3.4 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). 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, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Streitig ist vorliegend einerseits, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Versicherungsleistungen zu Recht per 30. Juni 2022 verneint hat. Andererseits ist umstritten, ob die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat, indem sie ihm die Ärztliche Beurteilung der Kreisärztin, Dr. med. C.\_\_\_\_, vom 10. März 2023 (Suva-Nr. 128) vor Erlass des Einspracheentscheids vom 10. Juli 2023 nicht zur Kenntnis- und Stellungnahme vorgelegt hat. Die letztgenannte Rüge betreffend Verletzung des rechtlichen Gehörs ist vorweg zu prüfen.

4.1 Nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 Satz 1 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht der betroffenen Person, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen und Einsicht in die Akten zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Voraussetzung des Äusserungsrechts sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidungswesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_162 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.1 mit Verweis auf BGE 140 I 99). Als Teil des Anspruchs auf rechtliches Gehör steht der versicherten Person das Recht zu, sich zum Beweisergebnis zu äussern und erhebliche Beweisanträge zu stellen. Der Anspruch auf

rechtliches Gehör umfasst mithin als zentralen Teilgehalt das Recht auf Akteneinsicht. Eine notwendige Bedingung für dessen Wahrnehmung sowie für die Ausübung des damit in engem Zusammenhang stehenden Rechts auf Äusserung besteht darin, dass die Behörde die Parteien davon in Kenntnis setzt, wenn sie dem Dossier neue Akten beifügt, die für die Entscheidungsfindung wesentlich sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2011, 8C\_1030/2010, E. 2.2, mit Hinweisen).

4.2 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit andern Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht. Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus ■ im Sinne einer Heilung des Mangels ■ selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (Urteil des Bundesgerichts 9C\_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 mit Verweis auf BGE 126 V 130 und 137 I 195).

4.3 Dem Beschwerdeführer wurde die Ärztliche Beurteilung der Kreisärztin, Dr. med. C. \_\_\_\_, vom 10. März 2023 (Suva-Nr. 128) vor Erlass des Einspracheentscheids vom 10. Juli 2023 nicht zur Kenntnis gebracht. Inhaltlich hält die Kreisärztin in der Beurteilung vom 10. März 2023 fest, in ihrer medizinischen Beurteilung vom 1. Juli 2022 habe sie ausgeführt, dass das Unfallereignis zu keinem strukturellen Schaden geführt habe. An dieser Beurteilung änderten die neu eingetroffenen Berichte nichts. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Entscheid zwar unter anderem auf diese kreisärztliche Stellungnahme. Dabei handelt es sich aber grösstenteils nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung der Kreisärztin, sondern lediglich um eine versicherungsinterne Würdigung der neu eingereichten Akten. Das rechtliche Gehör wäre zudem dann zu gewähren, wenn diese Stellungnahme eine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung enthalten hätte, welche nicht den Akten entnommen werden kann (VersG SG IV 2009/280 vom 6. April 2011, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts 9C\_436/2011 vom 5. August 2011, E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_501/2012 vom 24. Juli 2012, E. 4.2). Die in der kreisärztlichen Stellungnahme enthaltene Würdigung enthält jedoch kaum neue medizinische Erkenntnisse oder Behauptung, welche nicht den Akten entnommen werden kann. Insofern die Kreisärztin in ihrer Stellungnahme gewisse Schlussfolgerungen macht, die nicht den Berichten der behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin entnommen werden können, ist diesbezüglich höchstens von einer leichten Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen. Bei dieser Gehörsverletzung handelt es sich aber um einen ohne Weiteres heilbaren Mangel. So ist von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen

Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, kann die Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich der Beschwerdeführer in seiner Rechtsschrift zu den genannten Berichten hat äussern können. Sodann ist eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile 8C\_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C\_758/2009, E. 2.3 und 2.4). Darüber wird ■ abhängig vom Ausgang des Verfahrens ■ in E. II. 8 hiernach zu entscheiden sein.

5. Zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre weitergehende Leistungspflicht bezüglich des Ereignisses vom 14. Dezember 2021 mit Einspracheentscheid vom 10. Juli 2023 verneint und ihre Leistungen per 30. Juni 2022 eingestellt hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Notfallbericht des B.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2021 (Suva-Nr. 22) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Die notfallmässige Selbstvorstellung sei nach einem Verkehrsunfall des Beschwerdeführers als Beifahrer eines PKWs gegen einen anderen PKW mit ca. 50 km/h erfolgt. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers sei ihr PKW von vorne links mit einem anderen PKW kollidiert. Beim Aufprall sei er mit dem Oberkörper nach vorne geschleudert worden und habe sich linksseitig den Kopf gestossen. Keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie. Er habe das Auto sofort selbständig verlassen können. Er sei angegurtet gewesen, Airbags seien nicht ausgelöst worden. Aktuell beklage er Schmerzen über dem Jochbein links, am Kopf temporal links sowie an Ellenbogen und Knie links. Amnesie, Schwindel, Nausea, Emesis seien verneint worden. Sodann wurde zur Befunderhebung im Bericht im Wesentlichen festgehalten, Thoraxform normal, symmetrische Atembewegungen, VAG über allen Lungenfeldern, keine Thoraxinstabilität/Druckdolenz. GCS 15 Punkte, Pupillen isokor, mittelweit und beidseits lichtreagibel mit konsensueller Reaktion. Patient allseits orientiert. Keine Lateralisierungszeichen. BWS und LWS indolent, kein muskulärer paravertebraler Hartspann.

5.2 Im Bericht der D.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2022 (Suva-Nr. 35) wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer bestünden persistierende Thorakolumbalgien nach Verkehrsunfall vom 14. Dezember 2021. Seit einem Verkehrsunfall mit Frontalkollision im Dezember letzten Jahres klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen im Bereich der LWS und BWS ohne relevante Besserung im Verlauf. Das MRI LWS vom 24. Februar 2022 zeige eine Diskopathie mit deutlichem Signalverlust L4/5, eine leichte Impression der Deckplatte ventral (eher vorbestehend). L5/S1 sei regelrecht bis auf ein leichtes Diskusbulging ohne Kontakt zu den neuralen Strukturen. Die kranialen Bandscheiben seien wenig degeneriert, angedeutete Deckplattenunregelmässigkeiten im Sinne eines leichten Morbus Scheuermann Typ 2. Die Beschwerden tief lumbal könnten durch eine aktivierte Osteochondrose respektive black disc im Segment L4/5 herrühren. Die thorakalen Beschwerden schienen muskulär mit vermutlich sekundärer costovertebraler Dysfunktion bedingt zu sein. Man

werde den Beschwerdeführer demnächst zur Facettengelenksinfiltration L4/5 wiedersehen und im Rahmen der Infiltration über den weiteren Verlauf berichten.

5.3 In der ärztlichen Beurteilung vom 1. Juli 2022 (Suva-Nr. 84) führte Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Kreisärztin, aus, der Versicherte habe am 14. Dezember 2021 einen Verkehrsunfall erlitten. Initial habe er Beschwerden im Rücken beklagt, Ellbogen links und Knie links. Sämtliche radiologischen Abklärungen (konventionelles Röntgen Knie links, Ellbogen links, CT Schädel nativ und Angiographie) zeigten keine unfallkausalen strukturellen Läsionen. Ein MRI vom 24. Februar 2022 habe degenerative Veränderungen im Segment L4/5 zur Darstellung gebracht. Verschiedene Fachärzte interpretierten die Beschwerden als muskuläre Verspannungen. Chiropraktik sei durchgeführt worden, habe jedoch nur minimal geholfen. Die MR-tomographisch sichtbaren Veränderungen seien als degenerative Genese und vorbestehend anzusehen. Eine neue unfallkausale strukturelle Läsion habe nicht objektiviert werden können. Eine LWS-Kontusion/-distorsion gelte nach 4 ■ 6 Monaten als abgeheilt.

5.4 Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 26. August 2022 (Suva-Nr. 98) wurden beim Beschwerdeführer ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom nach Verkehrsunfall vom 14. Dezember 2021 sowie ein fragliches Hüft-Impingement links diagnostiziert. Der Beschwerdeführer berichte, dass die ihm letztmalige Infiltration erneut für 2 bis 3 Tage eine deutliche Beschwerdelinderung gebracht habe. Die Neurodol-Pflaster klebe er regelmässig auf, dies bringe ihm ebenfalls eine Linderung der Beschwerdesymptomatik. Des Weiteren absolviere er regelmässig Physiotherapie. Weiterhin habe er jedoch Schmerzen im thorakolumbalen Übergang sowie auch lumbalseits, dies teilweise mit Kribbelparästhesien im linken Bein sowie auch einen Schmerz ventral in der linken Leiste.

5.5 Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 16. September 2022 (Suva-Nr. 103) wurden gestützt auf das am 13. September 2022 erstellte MRI LWS folgende Befunde erhoben: Keine spinalen und keine neuroforaminalen Stenosen. Höhengemindertes und dehydriertes Bandscheibenfach LWK 4/5 mit Schmorlschen Deckplatteneinbruch LWK 5. Leichte Spondylarthrose LWK 2 ■ 5. Sodann habe das MRI Hüftgelenk links vom 13. September 2022 folgende Befunde ergeben: 3 x 2,5 x 1,4 cm messende popcornartige Läsion am Hals-Schaft-Übergang, primär Enchondrom. Keine Binnenläsionen des Hüftgelenks. Des Weiteren wurde zur Beurteilung festgehalten, weiterhin zeige sich eine deutliche Schmerzsymptomatik lumbal sowie auch im thorakolumbalen Übergangsbereich. Die MRI-Befunde diesbezüglich seien weitestgehend unauffällig. Eine Hauptursache für die Beschwerdesymptomatik sehe man im Rahmen der Statik, dies bei vermehrter Beckenkipfung, Verkürzung der ventralen Kette sowie dem gebeugten Gehen.

5.6 Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2022 (Suva-Nr. 114) wurden ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom nach Verkehrsunfall vom 14. Dezember 2021 sowie ein femoroazetabuläres Impingement-Syndrom Hüfte links diagnostiziert. Des Weiteren wurde als Befund aus dem MRI Hüftgelenk links vom 13. September 2022 ergänzend ein «Herniation-Pit minimale antero-superiore Labrumläsion und kleiner Pouch antero-inferior, DD: kleine Bursa angrenzend an das Ligamentum transversum» aufgeführt.

5.7 Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2023 (Suva-Nr. 117) wurde zur Beurteilung ausgeführt, beim Beschwerdeführer zeige sich nach Infiltration eine grundsätzliche Besserung der Beschwerden für 3 ■ 4 Stunden. Aufgrund der durchgeführten Vollnarkose und womöglich längerer Analgesie-Wirkung sei der diagnostische Effekt mit Vorsicht zu

werten. Grundsätzlich spreche jedoch eher alles für eine artikuläre Ursache der Schmerzen, insbesondere bei bestehendem Herniation-Pit.

5.8 In der ärztlichen Beurteilung vom 10. März 2023 (Suva-Nr. 128) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Kreisärztin, fest, der Beschwerdeführer habe am 14. Dezember 2021 einen Verkehrsunfall als Beifahrer mit ca. 50 km/h erlitten. Auf dem Notfall des B.\_\_\_\_ habe er gemäss Notfallbericht über Schmerzen über dem Jochbein links, am Kopf temporal links sowie an Ellbogen und Knie links geklagt. Im Status würden BWS und LWS indolent und ohne muskulären paravertebralen Hartspann beschrieben. FAST-Sonographie, CT Schädel nativ und Angiographie Schädel / Hals, Röntgen Knie links und Ellbogen hätten alle keine unfallkausale Läsion gezeigt, so dass der Beschwerdeführer nach Hause habe entlassen werden können. Am 24. Februar 2022 habe ein MRI der LWS stattgefunden mit Indikationsangabe Abklärung bei Rückenschmerzen nach Verkehrsunfall. Eine Diskopathie L4/5 mit subakuter intraspongioser Diskusherniation in die Deckplatte von LWK 5 sowie flachem, zirkumferentiellem Diskusbulging ohne Neurokompromittierung, kein Frakturachweis, kein Hinweis auf aktivierte Facettengelenkarthrosen, keine Neurokompression seien durch den Radiologen beschrieben worden. Der Rückenspezialist, Prof. Dr. F.\_\_\_\_, habe die tieflumbalen Beschwerden auf eine aktivierte Osteochondrose respektive black disc im Segment L4/5 zurückgeführt. Die Veränderung in der ventralen Deckplatte L5 werde als eher vorbestehend angesehen. Eine Facettengelenkinfiltration L4/5 sei empfohlen worden. Ebenfalls sei eine chiropraktische Therapie durchgeführt worden, wobei im Bericht vom 30. März 2022 stehe, dass der Beschwerdeführer nur mässig auf die Behandlung angesprochen habe, aus chiropraktischer Sicht das subjektive Ausmass der Beschwerden nicht objektiviert werden könne und die Ausübung einer körperlich nicht belastenden Arbeit zumutbar erscheine, weshalb ein gewünschtes Arbeitsunfähigkeitszeugnis nicht ausgestellt worden sei. Sodann habe Dr. med. G.\_\_\_\_ der E.\_\_\_\_ die lumbalen Beschwerden als primär muskulär bedingt erachtet, einhergehend mit einer chronischen Schmerzkomponente. Auch er habe die Veränderung im Bereich des schmorl■schen Knotens in der Deckplatte L5 als eher vorbestehend beurteilt. Im Verlauf sei das MRI der LWS wiederholt worden. Dr. med. G.\_\_\_\_ habe die MRI-Befunde als weitgehend unauffällig beurteilt und sehe die Hauptursache für die Beschwerdesymptomatik lumbal und thorakolumbal im Rahmen der Statik bei vermehrter Beckenkipfung, Verkürzung der ventralen Kette und dem gebeugten Gehen. Gleichzeitig sei bei offenbar progredienten Schmerzen in der linken Leiste ein MRI des Hüftgelenkes links gemacht worden. Dabei seien eine Läsion am Hals Schaft-Übergang, primär einem Endchondrom entsprechend, sowie ein Herniation-Pit am Femurkopf-Schenkelhals-Übergang zur Darstellung gekommen. Im Sprechstundenbericht vom 8. Dezember 2022 seien nun vor allem die linksseitigen Hüftbeschwerden als deutlich einschränkend beschrieben und ein femoroacetabuläres Impingement der linken Hüfte diagnostiziert worden. In der medizinischen Beurteilung vom 1. Juli 2022 habe sie, Dr. med. C.\_\_\_\_, ausgeführt, dass das Unfallereignis zu keinem strukturellen Schaden geführt habe. An dieser Beurteilung änderten die neu eingetroffenen Berichte nichts. Das Segment L4/5 sei schwer vorgeschädigt gewesen, mit dehydrierter Bandscheibe. Zudem sei in der Deckplatte von L5 ein schmorl■scher Knoten, also ebenfalls eine degenerative Veränderung, zu sehen. In diese Delle wölbe sich die dehydrierte Bandscheibe vor. Der umgebende Knochen werde mit einem minimalen Ödem dargestellt, was als Impression oder auch im Rahmen der Degeneration interpretiert werden könne. Wäre ersteres der Fall, also eine Impression, wäre natürlich ein sofortiger tieflumbaler Schmerz zu erwarten. Im

Notfallbericht des B.\_\_\_\_ werde der lumbale Rücken aber weder unter Diagnosen noch in der Anamnese erwähnt. Im Status würden BWS und LWS sogar als indolent und ohne muskulären paravertebralen Hartspann beschrieben. Dass der Autounfall zu einer strukturellen Läsion an der LWS geführt haben solle, sei somit nicht als überwiegend wahrscheinlich zu beurteilen. Zu der Hüfte sei zu ergänzen, dass diesbezügliche Beschwerden hier erst mehrere Monate nach dem Ereignis erstmals erwähnt worden seien. Die MR-tomographischen Befunde im Sinne eines femoroacetabulären Impingements seien klar als vorbestehend zu werten. Hierbei handle es sich um eine angeborene Hüftkonfiguration mit verminderter Taillierung am Femurkopf-Schenkelhals-Übergang, was in maximaler Flexion und Innenrotation zu einem Anschlagen des Femurkopf-Schenkelhals-Überganges am Acetabulum führe und entsprechende Veränderungen am Labrum und eben am Schenkelhals (Herniation-Pit) auslöse.

5.9 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung bzw. des Einspracheentscheides ■ vorliegend der 10. Juli 2023 ■ gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis darstellt (BGE 105 V 161 f. E. 2d). Demnach sind die erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte E.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2023 (B [Beschwerdebeilage] 6 und 7), vom 18. Dezember 2023 (B 8), vom 12. Februar 2024 (B 9) sowie das Aufgebot vom 26. Februar 2024 zur Operation vom 5. April 2024 (B 10) nicht zum Beweis zuzulassen.

#### **E. 4**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2023 (A.S. 37 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2.

#### **E. 6**

6.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrem angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf die Berichte ihrer Kreisärztin, Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 1. Juli 2022 und 10. März 2023 ab, weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. Die Kreisärztin legte in Übereinstimmung mit den Berichten der behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin nachvollziehbar dar, dass hinsichtlich der LWS eine neue unfallkausale strukturelle Läsion nicht habe objektiviert werden können. Dabei stehe ausser Frage, dass vor allem das Segment L4/5 schwer vorgeschädigt gewesen sei, mit dehydrierter Bandscheibe, welche im MRI dunkel, im Sinne einer black disc, erscheine. Zudem sei in der Deckplatte von L5 ein schmorl■scher Knoten, also ebenfalls eine degenerative Veränderung, zu sehen. In diese Delle wölbe sich die dehydrierte Bandscheibe vor. Der umgebende Knochen werde mit einem minimalen Ödem dargestellt, was als Impression oder auch im Rahmen der Degeneration interpretiert werden könne. Wäre ersteres der Fall, also eine Impression, wäre natürlich ein sofortiger tieflumbaler Schmerz zu erwarten. Im Notfallbericht des B.\_\_\_\_ werde der lumbale Rücken aber weder unter Diagnosen noch in der Anamnese erwähnt. Im Status würden BWS und LWS sogar als indolent und ohne muskulären paravertebralen Hartspann beschrieben. Dass der

Autounfall zu einer strukturellen Läsion an der LWS geführt haben sollte, sei somit nicht als überwiegend wahrscheinlich zu beurteilen. Eine LWS-Kontusion / -distorsion gelte nach 4 ■ 6 Monaten als abgeheilt. In diesem Zusammenhang ist zudem auf die bundesgerichtliche Diskushernien-Rechtsprechung zu verweisen, wonach es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (Urteil 8C\_552/2020 vom 16. Dezember 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). Dasselbe gilt für Diskusprotrusionen, die nach medizinischer Lehrmeinung in der Regel Folge eines degenerativen Prozesses sind (Urteile 8C\_154/2016 vom 7. Juni 2016 E. 4.1.2 und 8C\_735/2009 vom 2. November 2009 E. 5.1 und 5.3.2). Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie oder -protrusion betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) oder der Diskusprotrusion unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In der Rechtsprechung werden als Beispiele für ein Unfallereignis von besonderer Schwere etwa ein freier Sturz aus erheblicher Höhe, ein Sprung aus 10 m Höhe, ein Sturz beim Tragen von Lasten oder ein Zusammenstoss bei grosser Geschwindigkeit genannt. Es sind massivste Gewalteinwirkungen auf den Körper notwendig (Urteil des Bundesgerichts 8C\_811/2012 vom 4. März 2013 E. 6.1 und 6.2). Eine solche massive Gewalteinwirkung ist gestützt auf die vorliegenden Akten nicht erstellt. So wurden bezüglich des Rückenbereichs des Beschwerdeführers über keine äusserlich sichtbaren Spuren wie beispielsweise ein Hämatom berichtet. Wie erwähnt wurde im Notfallbericht des B.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2021 zudem festgehalten, BWS und LWS seien indolent. Aufgrund dessen ist ein Unfallereignis von besonderer Schwere im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen. Sodann muss eine entsprechende richtunggebende Verschlimmerung insbesondere auch röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben, was vorliegend ebenfalls zu verneinen ist. Des Weiteren ist im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung und der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ festzuhalten, dass lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung vorliegt, wenn die Diskushernie oder -protrusion bei (stummem) degenerativem Vorzustand durch den Unfall, wie im vorliegenden Fall, nur allenfalls aktiviert, nicht aber verursacht worden ist. Diesfalls hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann in solchen Fällen das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, im Allgemeinen ist bei einer Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule die vorübergehende Verschlimmerung nach sechs bis neun Monaten und bei Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Urteile 8C\_552/2020 vom 16. Dezember 2020 E. 3.2, 8C\_408/2019 vom 26. August 2019 E. 3.3, 8C\_834/2018 vom 19. März 2019 E. 3.3; SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1, 8C\_677/2007 E. 2.3 und 2.3.2 mit Hinweisen). Im Lichte dessen ist es gestützt auf die vorliegenden Akten nicht zu beanstanden, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ den status quo sine hinsichtlich der LWS-Beschwerden innerhalb eines halben Jahres als erreicht erachtete.

6.2 Im Weiteren ist auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Hüftbeschwerden einzugehen. Diesbezüglich wurden im MRI vom 13. September 2022 folgende Befunde

erhoben: 3 x 2,5 x 1,4 cm messende popcornartige Läsion am Hals-Schaft-Übergang, primär Enchondrom; Keine Binnenläsionen des Hüftgelenks; Herniation-Pit minimale antero-superiore Labrumläsion und kleiner Pouch antero-inferior, DD: kleine Bursa angrenzend an das Ligamentum transversum (vgl. E. II. 5.5. und 5.6). Die Kreisärztin stellte sich diesbezüglich in ihrer Beurteilung vom 10. März 2023 auf den Standpunkt, die Hüftbeschwerden seien erst mehrere Monate nach dem Ereignis erstmals erwähnt worden. Die MR-tomographischen Befunde im Sinne eines femoroacetabulären Impingements seien klar als vorbestehend zu werten. Hierbei handle es sich um eine angeborene Hüftkonfiguration mit verminderter Taillierung am Femurkopf-Schenkelhals-Übergang, was in maximaler Flexion und Innenrotation zu einem Anschlagen des Femurkopf-Schenkelhals-Überganges am Acetabulum führe und entsprechende Veränderungen am Labrum und eben am Schenkelhals (Herniation-Pit) auslöse. Den Ausführungen der Kreisärztin ist aber insofern zu widersprechen, dass in der Krankengeschichte des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. H. \_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, bereits am 16. Dezember 2021 ■ und damit zwei Tage nach dem Unfallereignis ■ Schmerzen im Bereich des Beckens erwähnt wurden (B 11). Zudem wurde im Sprechstundenbericht vom 28. Februar 2022 (Act. 35) der D. \_\_\_\_, nebst persistierenden Thorakolumbalgien mit Schmerzen am thorakolumbalen Übergang über «bandförmige Schmerzen auf Höhe des Beckenkamms» nach Vornahme von MR-Aufnahmen der Lendenwirbelsäule vom 24. Februar 2022 (Act. 41) berichtet. Hinzu kommt, dass die Kreisärztin ihre Schlussfolgerung, die MR-tomographischen Befunde im Sinne eines femoroacetabulären Impingements seien klar als vorbestehende angeborene Hüftkonfiguration zu werten, nicht weiter begründet und sich nicht dazu äussert, weshalb dieses Impingement ihrer Ansicht nach nicht unfallbedingt ist. Eine unfallbedingte Ursache scheint gemäss Lehrmeinung zumindest nicht ausgeschlossen zu sein. Viele Fälle des femoroacetabulären Impingements sind idiopathisch. Darüber hinaus sind folgende Auslöser möglich: Epiphyseolysis capitis femoris (in Fehlstellung ausgeheilt), Hüftdysplasie, Hüftluxation, Morbus Perthes, genetische Prädisposition, Überbelastung, z.B. durch bestimmte Sportarten oder Unfälle ([https://flexikon.doccheck.com/de/Femoroacetabul%C3%A4res\\_Impingement](https://flexikon.doccheck.com/de/Femoroacetabul%C3%A4res_Impingement)). In diesem Zusammenhang ist dem Beschwerdeführer zudem recht zu geben, dass die im Hüft-MRI vom 13. September 2022 (Suva-Nr. 114) festgestellte Labrumläsion ebenfalls traumatisch bedingt sein kann (vgl. <https://gelenkklinik.de/hueftgelenk/labrumlaesion.html#>). Schliesslich sprechen die Ausführungen im Bericht der E. \_\_\_\_, vom 16. September 2022 (Suva-Nr. 103), wonach man eine Hauptursache für die Beschwerdesymptomatik im Rahmen der Statik sehe, dies bei vermehrter Beckenkipfung, Verkürzung der ventralen Kette sowie dem gebeugten Gehen, ■ entgegen der Ansicht der Suva ■ nicht per se gegen eine Unfallkausalität, falls man nicht ausschliessen kann, dass diese Fehlstatik eben unfallbedingt oder zumindest teilunfallkausal ist.

Zusammenfassend verbleiben demnach zumindest geringe Zweifel an der Beurteilung der Kreisärztin. Daran vermag der Umstand, dass sich keiner der behandelnden Ärzte zur Unfallkausalität der Hüftbeschwerden äussert, nichts zu ändern. Somit ist die Sache in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie zu dieser Frage ergänzende medizinische Abklärungen tätigt und hiernach erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers entscheidet.

**E. 7**

7.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235). Der Beschwerdeführer hat demnach Anspruch auf eine Parteientschädigung entsprechend einem vollständigen Obsiegen.

Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'465.35 festzusetzen (8.91 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 60.70 und MwSt [7.7 % MwSt auf CHF 2'048.20 und CHF 8.1 % MwSt. auf CHF 240.00]).

Im Vergleich zur eingereichten Kostennote vom 4. Januar 2024 sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an den Klienten und an die Rechtsschutzversicherung, Fristerstreckungsgesuche), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Zudem wird bei Obsiegen der nachprozessuale Aufwand praxisgemäss mit einer halben Stunde vergütet. Des Weiteren sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

7.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

8. Nachdem der Beschwerdeführer obsiegt, erübrigt sich die Durchführung einer Hauptverhandlung. Der diesbezügliche Antrag ist obsolet.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Isch

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.