

SO_GERICHTE VSBES.2025.217 vom 28. April 2026

SO Obergericht, 2026-04-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2025.217

FR: SO_GERICHTE VSBES.2025.217 du 28 avril 2026

IT: SO_GERICHTE VSBES.2025.217 del 28 aprile 2026

Erwägungen

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).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 55).

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 Die Unfallversicherung gewährt auch für Rückfälle und Spätfolgen Leistungen (Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung [UVV, SR 832.202]), wobei der Versicherer des erstmaligen Unfallereignisses zuständig ist (Kaspar Gehring in: Ueli Kieser / Kaspar Gehring / Susanne Bollinger [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 6 UVG N 25). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Gesundheitsschädigung, so dass eine ärztliche Heilbehandlung notwendig wird und es möglicherweise zu einer (weiteren) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen (Irene Hofer in: Basler Kommentar zum UVG, Art. 6 UVG N 117; Gehring, a.a.O., Art. 6 UVG N 26 f.).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen an ein bestehendes Unfallereignis an. Der damalige Unfallversicherer ist nur dann leistungspflichtig, wenn zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem Rückfall resp. der Spätfolge ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann von der im Grundfall anerkannten natürlichen Kausalität nicht ohne weiteres auf einen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Rückfall geschlossen werden. Der Beweis für den Bestand des natürlichen Kausalzusammenhangs obliegt der versicherten Person, d.h. bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu deren Lasten aus (Hofer, a.a.O., Art. 6 UVG N 117; André Nabold in: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht ■ UVG, Bern 2018, Art. 6 UVG N 90; Gehring, a.a.O., Art. 6 UVG N 28). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (Gehring, a.a.O., Art. 6 UVG N 28). Für den adäquaten Kausalzusammenhang wiederum gelten die gleichen Kriterien wie beim ursprünglichen Unfallereignis (a.a.O., N 29).

Die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen setzt eine nachträgliche Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse voraus (Thomas Flückiger in: Basler Kommentar zum UVG, Art. 22 UVG N 44).

E. 4

4.1 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).

4.2 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).

5. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die am 17. Mai 2024 als Rückfall gemeldeten Beckenbeschwerden rechts des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 5. März 2023 zurückzuführen sind. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgenden medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Notfallbericht des Spitals C.____ vom 5. März 2023 (Suva-Nr. 28 S. 2 f.) wurde die Diagnose «Beckenkontusion bei Sturz am 5. März 2023» ausgewiesen. Der Beschwerdeführer habe heute Nachmittag bei einem Fussballspiel einen Zusammenprall mit dem Goalie gehabt, dabei sei es zum Sturz gekommen. Der Beschwerdeführer sei auf die rechte Seite gefallen und habe dabei Gesäss und Hüfte rechts geprellt. Daraufhin seien stärkste Schmerzen aufgetreten. Der Beschwerdeführer könne gehen, aber nur in Schonhaltung. Die Schmerzen strahlten in die rechte Leiste aus. Status: Allgemeinzustand gut, Beschwerdeführer in Schonhaltung, LWS klopfindolent, Sakrum deutlich klopfdolent, Prellmarke über ISG und entlang Beckenkamm rechts. Hüftbeugung beidseits frei, kein Stauchungsschmerz. Radiologisch habe eine Fraktur ausgeschlossen werden können (vgl. E. II. 5.2 hiernach). Procedere: Analgesie, kühlen und entlasten. Bis zur Kontrolle beim Hausarzt im Verlauf der nächsten Woche bestehe eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % (vom 5. bis 9. März 2023).

5.2 Dem Bericht vom 5. März 2023 des Spitals C.____, Institut für Medizinische Radiologie (Suva-Nr. 27), ist aufgrund der durchgeführten Röntgenuntersuchung des Beckens / Sacrum folgende Beurteilung zu entnehmen: Konventionell-radiologisch kein Hinweis auf Fraktur des Beckenringes oder der Hüften beidseits. Keine dislozierte Fraktur des coccygis oder des unteren Os sacrum abgrenzbar.

5.3 Die im Röntgeninstitut G.____ am 23. März 2023 (Suva-Nr. 42 S. 3) durchgeführte MRT des Beckens und der LWS wurde wie folgt beurteilt: Keine Hinweise auf eine frische Fraktur der LWS und des Beckenskeletts. Mehrsegmentale leichte Spondylarthrose der LWS sowie leicht zirkuläre Diskusprotrusion mit Riss des Anulus fibrosus LWK 4/LWK

E. 5

und flache dorsomediane Diskusprotrusion LWK 5/SWK 1 ohne Wurzelkontakt. Verdacht auf Degeneration und Riss des Labrums anterosuperior bei möglicher femoroacetabulärer Impingementkonstellation vom CAM Typ. Subkutanes Ödem und streifige Flüssigkeitskollektion gluteal und am lumbosakralen Übergang rechts sowie abgekapselte longitudinal streifige Flüssigkeitskollektion entlang des Tractus iliotibialis Fascia lata und Facies glutea rechts.

5.4 Im Sprechstundenbericht vom 19. September 2023 (Suva-Nr. 14) des Spitals C.____, Departement Orthopädie, hielt Dr. med. H.____, Leitender Arzt Orthopädie, fest, der Beschwerdeführer habe sich in der Hüftsprechstunde aufgrund von seit zwei Wochen ohne auslösendes Ereignis persistierenden Hüftschmerzen / Schmerzen in der rechten Leiste selbst vorgestellt. Es wurde folgende Diagnose gestellt: «Femoroacetabuläres Impingement beidseits, rechts symptomatisch mit / bei: Zustand nach Beckenkontusion rechts am 5. März 2023». Befunde an der rechten Hüfte: Intaktes Integument. Keine Rötung, keine Schwellung, kein Hämatom. Keine Druckdolenzen auslösbar. Hüftflexion bis 100 ° schmerzfrei möglich. Innen- / Aussenrotation 10/0/30 °, endgradige Innenrotation mit deutlicher Schmerzangabe. Somit positiver Impingement-Test. Negatives

Drehmann-Zeichen. Negatives Vierer-Zeichen. Kein axialer Stauchungsschmerz. Logroll-Test negativ. Kein Psoas-Schnappen auslösbar. pDMS intakt. Beim Röntgen des Beckens tiefzentriert und der Hüfte rechts axial vom 18. September 2023 zeige sich beidseits eine Impingement-Deformität mit Offset-Störung. Gelenkspalt erhalten. Kein Hinweis auf eine Fraktur.

Klinisch sowie auch radiologisch würden die Beschwerden des Beschwerdeführers im Rahmen eines symptomatischen Hüftimpingements rechts interpretiert. Aufgrund des beschwerdefreien Intervalls zwischen März und heute werde ein zurückhaltendes Vorgehen empfohlen. Sollte eine Schonung der rechten Hüfte in den nächsten Wochen zu keiner Besserung führen, müsste eine weitere Bildgebung durchgeführt werden (Arthro-MRI Hüfte rechts) mit anschliessender Überweisung in ein Zentrum mit Spezialisierung auf hüfterhaltende Chirurgie, mit der Frage ob eine gelenkerhaltende Operation indiziert sei. Es seien keine fixen Nachkontrollen geplant.

5.5 Im «Arztzeugnis UVG» vom 31. Mai 2024 (Suva-Nr. 26) hielt Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Facharzt für Innere Medizin, fest, der Beschwerdeführer sei am 5. März 2023 beim Fussballspielen mit voller Wucht auf den Rücken und die rechte Körperseite gestürzt. Danach seien zunehmende LWS, Hüft- und Unterbauchschmerzen rechtsbetont aufgetreten. Morphologisches Schadensbild: Blutergüsse subkutan am Gesäss rechts, Hüftbereich rechts sowie Oberschenkel rechts dorso-lateral; Paravertebrale LWS-Muskelhartspannung rechtsbetont. Funktionelles Schadensbild: Schmerzbedingte Bewegungseinschränkung im LWS-Rücken sowie in der Hüfte rechts. Bildgebende Verfahren mit Kopien der Befunde: Keine Hinweise auf eine frische Fraktur der LWS und des Beckenskeletts. Degeneration und Riss des Labrums anterosuperior bei möglicher femoroazetabulärer Impingementkonstellation vom CAM Typ. Es wurden folgende Diagnosen ausgewiesen:

Die erhobenen objektiven Befunde seien mit dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten Ereignis nicht vereinbar und erschienen auch nicht plausibel. Therapie: Lokale und perorale Analgesie und Physiotherapie. Der Behandlungsabschluss sei am 24. April 2023 erfolgt.

5.6 Dr. med. F.____ hielt im Bericht vom 12. Juli 2024 (Suva-Nr. 42 S. 2) folgende Diagnosen fest:

Der sportlich aktive Beschwerdeführer habe sich nach einem Sturz auf die rechte Körperhälfte, am 5. März 2024 beim Fussballspielen, die oben erwähnten Verletzungen zugezogen. Die Röntgenaufnahmen des Beckenringes zeigten keine frischen ossären Läsionen. Das Becken-MRT zeige deutliche Weichteilverletzungen im Rücken, Gesäss und Oberschenkelbereich rechts. Aus oben erwähnten anamnestischen und fremdanamnestischen Angaben sowie der klinischen und bildgebenden Untersuchungen sei die Ursache für die Beschwerden deutlich mit dem Unfallereignis vom 3. März 2024 zusammenverbunden.

5.7 In der «ärztlichen Beurteilung» vom 2. September 2024 (Suva-Nr. 47) hielt die Kreisärztin Dr. med. E.____, Fachärztin Allgemein Chirurgie und Traumatologie, u.a. fest, die geltend gemachten Beschwerden am Becken seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 5. März 2023 zurückzuführen. So seien die Folgen der Beckenkontusion vom 5. März 2023 spätestens zum Zeitpunkt der Konsultation vom 18. September 2023 abgeklungen gewesen. Im Rahmen der Untersuchung am

18. September 2023 sei ein femoroacetabuläres Impingement beidseits bestätigt worden, welches in keinem Zusammenhang mit der Prellung stehe. Auch die im Bereich der distalen LWS beschriebenen degenerativen Veränderungen seien vorbestehend und nicht auf das Ereignis vom 5. März 2023 zurückzuführen.

5.8 Am 23. September 2024 liess der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. F.____ vom 20. September 2024 einreichen (Suva-Nr. 57 S. 3 f.). Dieser stimmt inhaltlich mit dem Bericht vom 12. Juli 2024 überein, korrigiert aber die damaligen Angaben über das Unfalldatum (vgl. E. II. 5.6 hiervor). Korrekt sei das Unfalldatum vom 5. März 2023.

6. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. August 2025 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf die «ärztliche Beurteilung» der Suva-Ärztin Dr. med. E.____, Fachärztin Allgemeinchirurgie und Traumatologie, vom 2. September 2024 (vgl. E. II. 5.7 hiervor). Es ist daher im Nachfolgenden der entsprechende Beweiswert zu prüfen.

6.1 Die «ärztliche Beurteilung» vom 21. August 2025 von Dr. med. E.____ (IV-Nr. 47) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) gerecht: So handelt es sich bei der Kreisärztin Dr. med. E.____ um eine auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinchirurgie und Traumatologie spezialisierte Fachärztin, die somit fachlich qualifiziert ist, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in Bezug auf seine rechte Hüfte bzw. das rechte Becken zu beurteilen. Der Kreisärztin haben die zuvor verfassten medizinischen Berichte vorgelegen. So wurden die medizinischen Vorakten im Rahmen der ärztlichen Untersuchung vom 21. August 2025 unter dem Titel «relevanter Sachverhalt nach Aktenlage» mitsamt der vorliegenden Bilddokumentation aufgeführt (S. 1 f.). Dr. med. E.____ hat indes weder eine Exploration noch eine klinische Untersuchung des Beschwerdeführers durchgeführt. Sie hat vielmehr eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Dies ist im vorliegenden Fall nicht zu beanstanden. So ging es bei der Einschätzung von Dr. med. E.____ im Wesentlichen um die fachärztliche Beurteilung eines an sich bereits feststehenden medizinischen Sachverhalts. Da bereits genügend Unterlagen aufgrund persönlicher Untersuchungen des Beschwerdeführers vorhanden waren, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergaben, war es Dr. med. E.____ möglich, sich aufgrund dieser Berichte ein lückenloses Bild über die Gesundheitssituation des Beschwerdeführers zu machen (Urteile des Bundesgerichts 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1, 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen). Dem entsprechenden Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 13), wonach eine persönliche ärztliche Untersuchung erforderlich sei, kann unter diesen Umständen nicht gefolgt werden.

Ferner leuchtet auch die von Dr. med. E.____ vorgenommene Beurteilung der medizinischen Situation ein: So habe der Beschwerdeführer gemäss Schadenmeldung vom 22. März 2023, am 5. März 2023 beim Fussballspielen einen Sturz auf die rechte Seite erlitten, mit ■ gemäss vorliegendem Notfallbericht vom 5. März 2023 ■ einer Beckenkontusion. Damals habe sich eine Prellmarke über dem ISG und entlang des Beckenkamms rechts gezeigt. Diese kreisärztliche Einschätzung überzeugt. So wurde im Rahmen der medizinischen Erstversorgung vom 5. März 2023 im Spital C.____ u.a. eine «Prellmarke über ISG und entlang Beckenkamm rechts» objektiviert (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Die Kreisärztin hielt ferner fest, es sei sodann im Verlauf die MRI-Bildgebung des Beckens und der LWS erfolgt. Hier hätten sich keine Hinweise auf eine frische Fraktur der LWS und des

Beckenskeletts gefunden. Im Bereich der LWS zeigten sich mehrsegmentale leichte Spondylarthrosen sowie eine Discusprotrusion auf Höhe LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1. Zudem habe sich im Bereich der Hüfte eine Impingementkonstellation vom CAM-Typ mit Degeneration und Läsion des Labrums anterosuperior gezeigt. Auch diesen ärztlichen Ausführungen kann gefolgt werden. So wurden die entsprechenden Befunde anlässlich der am 23. März 2023 im Röntgeninstitut G.____ durchgeführten MRT-Untersuchung des Beckens und der LWS erhoben (vgl. E. II. 5.3 hiervor). Gemäss schlüssiger Ausführung von Dr. med. E.____ seien diese Befunde allseits vorbestehend und stünden in keinem Zusammenhang mit der erlittenen Beckenkontusion. Diese Einschätzung ist plausibel, zumal es sich bei den entsprechenden gesundheitlichen Befunderhebungen um altersbedingte bzw. degenerative Erscheinungen handelt. Im Weiteren weist die Kreisärztin darauf hin, dass sich in der MRI lediglich ein subcutanes Ödem und eine streifige Flüssigkeitskolektion gluteal, am lumbosacralen Übergang rechts und im Bereich des Tractus iliotibialis, Fascia lata und Facies glutea rechts im Zusammenhang mit der Kontusion gezeigt hätten. Auch diese Ausführungen sind unter Heranziehung der entsprechenden Befunde im Rahmen der durchgeführten MRT vom 23. März 2023 (vgl. E. II. 5.3 hiervor) nachvollziehbar.

Weiter weist die Kreisärztin darauf hin, dass sechs Monate nach dem Ereignis eine Konsultation auf der Orthopädie des Spitals C.____ stattgefunden habe. Wie im Bericht nachzulesen sei, sei die Konsultation bei seit zwei Wochen wieder aufgetretenen, zunehmenden Schmerzen im Bereich der rechten Leiste erfolgt. Im Rahmen der entsprechenden orthopädischen Untersuchung vom 18. September 2023 interpretierte Dr. med. H.____ die Beschwerden des Beschwerdeführers klinisch als auch radiologisch im Rahmen eines symptomatischen Hüftimpingements rechts (vgl. E. II. 5.4 hiervor). Auf dieses ging Dr. med. E.____ sodann in nachvollziehbarer Weise wie folgt ein: Das Hüftimpingement (femoroacetabuläres Impingement ■ FAI) entstehe während des Wachstums und mache sich durch Hüftschmerzen bemerkbar. Es handle sich um eine Formstörung des Oberschenkelkopfs und der Gelenkpfanne, bei der es zu Einklemmphanomenen komme, weil die Passform der beiden Gelenkpartner nicht mehr genau stimme. Dieser mechanische Konflikt führe im Frühstadium zu mit Schmerzen verbundenen Bewegungseinschränkungen und Überlastungen des Gelenks. Im weiteren Verlauf komme es zur Abnützung des Gelenkknorpels mit dem Risiko einer frühzeitigen Entwicklung einer Hüftarthrose. Die Ursachen des Hüftimpingements seien nicht abschliessend geklärt. Einerseits handle es sich um eine erworbene Fehlförmigkeit des Femurkopfs respektive des Übergangs vom Kopf zum Schenkelhals (CAM-Typ) sowie der Gelenkpfanne (Pincer-Typ). Die Entwicklung der Fehlförmigkeit werde durch gewisse sportliche Aktivitäten im Jugendalter begünstigt.

Dr. med. E.____ hielt sodann im Weiteren fest, dass sich im Bereich der LWS im März 2023 in der MRI keine frischen strukturellen Läsionen zeigten, sondern nur mehrsegmentale degenerative Veränderungen. Die in der MRI beschriebene, leicht zirkuläre Discusprotrusion mit Riss des Anulus fibrosus auf Höhe LWK 4/5 und die flache dorsomediane Discusprotrusion auf Höhe LWK 5/SWK 1 seien ebenfalls degenerativer Genese und stünden in keinem Zusammenhang zur erlittenen Beckenkontusion. Gemäss überzeugender Darlegung von Dr. med. E.____, sei der lumbale Bandscheibenvorfall eine Verlaufsvariante der Bandscheibendegeneration und stelle das häufigste Krankheitsbild der Lendenwirbelsäule im mittleren Lebensalter dar. Die klinischen Symptome des lumbalen

Bandscheibenvorfälle reichen von einer reinen Schmerzsymptomatik über Sensibilitätsstörungen bis hin zu motorischen Ausfallerscheinungen, wobei als Leitsymptom eine radikuläre Symptomatik durch Druck auf einen oder mehrere Spinalnerven gelte. Etwa 90 % aller lumbalen Bandscheibenvorfälle würden die beiden kaudalen Bewegungssegmente (L4 ■ L5 und L5 - S1) betreffen, wobei mit zunehmendem Alter häufiger die Level oberhalb von L5 - S1 betroffen seien. Diese Tatsache und das Zusammenwirken weiterer Faktoren wie Alter, Gewicht, (sportliche oder berufliche) biomechanische Belastung sowie anatomische (Lendenlordose) und konstitutionelle Faktoren (genetische Prädisposition) beeinflussten den bereits im frühen Kindesalter einsetzenden Degenerationsprozess der Bandscheibe. An dessen Beginn stünden Rissbildungen im Anulus fibrosus, begünstigt durch Umstrukturierung kollagener Fasern, mechanische Belastungen, Abnahme der Proteoglykankonzentration mit einhergehenden qualitativen Proteoglykanveränderungen und einer konsekutiven Abnahme des Flüssigkeitsgehalts des Nucleus pulposus. Aufgrund der fehlenden Blutversorgung heilten Anulusrisse nicht aus. Die Bandscheibe «trockne aus» verliere an Höhe und könne ihrer biomechanischen Funktion nicht mehr gerecht werden. Dies führe zu einer alterierten Verteilung von axialen, rotatorischen und translatorischen Kräften, was den weiteren Degenerationsvorgang begünstige. Translatorische und vertikale Instabilitäten, die aus einem Höhenverlust der Bandscheibe und damit einem Verlust der ligamentären Grundspannung resultierten, verstärkten die biomechanische Fehlbelastung und damit den degenerativen Selbstzerstörungsprozess der Bandscheibe. Ein Bandscheibenvorfall trete ■ so die Kreisärztin ■ vorwiegend zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr auf aber auch früher, Männer seien fast doppelt so oft davon betroffen wie Frauen. Hauptursache von Bandscheibenvorfällen seien degenerativ bedingte Veränderungen in den Bandscheiben. Durch den normalen Alterungsprozess der Bandscheibe könne es zu Einrissen des Bindegeweberinges ■ der sog. Anulusriss ■ kommen. Trete der gallertartige Kern der Bandscheibe, wie eingangs beschrieben, durch einen solchen Einriss in den Wirbelkanal aus, laute die Diagnose Diskushernie bzw. Bandscheibenvorfall. Löse sich der Kern vollständig aus der Bandscheibe, spreche man von einem sequestrierten Bandscheibenvorfall (Sequester). Sei der Ring nicht vollständig eingerissen, aber geschwächt, könne es zu einer Vorwölbung der Bandscheiben (Protrusion) kommen, ohne dass Gewebe in den Wirbelkanal austrete. Das Gewebe aus der Bandscheibe könne einerseits mechanisch auf die im Wirbelkanal austretende Nervenwurzel drücken und / oder chemisch durch Abbaustoffe, die Nervenfasern reizen und so Schmerzen erzeugen. Der Zeitpunkt und das Ausmass der Abnützung seien überwiegend genetisch bestimmt. Die bekannten Risikofaktoren, wie häufiges Heben von schweren Lasten, Verdrehen des Rückens, Übertragung von Vibrationen auf den Körper (z.B. beim Lastwagenfahren), sitzende Tätigkeiten und Nikotinkonsum spielten nur eine Nebenrolle. Im Bereich der Lendenwirbelsäule träten schon nach Wachstumsabschluss Alterungs- und Verschleisserscheinungen auf.

Unfallbedingte Bandscheibenverletzungen setzten gemäss Dr. med. E.____ ein heftiges adäquates Trauma voraus. Als adäquate Traumen würden Sprünge und Stürze aus grösserer Höhe auf die Beine, Stürze beim Heben und Tragen schwerer Lasten, Auffahrunfälle mit hoher Geschwindigkeit, gelten. Dabei müssten im betroffenen Segment knöcherne oder Bandverletzungen begleitend vorliegen, da bei adäquaten Traumen zuerst der Knochen respektive die Bänder reissen würden. Unfallbedingte Bandscheibenschäden ohne Begleitverletzungen gebe es nicht.

Aufgrund dieser medizinisch substantiierten und nachvollziehbaren ärztlichen Ausführungen von Dr. med. E.____ vermag auch ihre Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach die Folgen der Beckenkontusion vom 5. März 2023 spätestens zum Zeitpunkt der Konsultation vom 18. September 2023 abgeklungen gewesen seien. So sei im Rahmen der entsprechenden Untersuchung vom 18. September 2023 ein femoroacetabuläres Impingement beidseits bestätigt worden, welches ■ wie oben beschrieben ■, in keinem Zusammenhang mit der Prellung stehe. Laut ebenfalls einleuchtender kreisärztlicher Beurteilung seien auch die im Bereich der distalen LWS beschriebenen degenerativen Veränderungen vorbestehend und nicht auf das Ereignis vom 5. März 2023 zurückzuführen.

6.2 Die «ärztliche Beurteilung» von Dr. med. E.____ vom 2. September 2024 ist somit als beweiswertig zu qualifizieren.

6.3 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert der «ärztlichen Beurteilung» von Dr. med. E.____ vom 2. September 2024 allenfalls zu schmälern vermögen. Dazu ist im Wesentlichen auf den Bericht von Dr. med. F.____ vom 12. Juli 2024 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) einzugehen.

Obschon sich Dr. med. F.____ im relativ kurz gehaltenen Bericht vom 12. Juli 2024 dahingehend äusserte, dass aus den anamnestischen und fremdanamnestischen Angaben sowie der klinischen und bildgebenden Untersuchungen die Ursache für die Beschwerden deutlich mit dem Unfallereignis vom 3. März 2024 «zusammenverbunden» sei, lässt sich aus dieser Formulierung kein Kausalzusammenhang ableiten. So vermochte Dr. med. F.____ eine entsprechende Kausalität nicht in überzeugender und nachvollziehbarer Weise herzuleiten. Es ist ferner darauf hinzuweisen, dass dem durch ihn relativ kurze Zeit zuvor ■ nämlich am 31. Mai 2024 ■ verfassten «Arztzeugnis UVG» (vgl. E. II. 5.5 hiervor) u.a. zu entnehmen ist, dass die erhobenen Befunde eben gerade nicht mit dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten Ereignis vereinbar seien. So beantwortete Dr. med. F.____ die entsprechende Frage jedenfalls mit «nein». Inwiefern sich der medizinische Sachverhalt sodann bis zum am 12. Juli 2024 erstatteten Bericht (vgl. E. II. 5.6 hiervor) dahingehend verändert haben soll, dass ein Kausalzusammenhang nun zu bejahen wäre, ist nicht ersichtlich, geht aus den vorliegenden Akten nicht hervor und wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Folglich kann der Einschätzung des behandelnden Hausarztes, wonach ein Kausalzusammenhang zwischen den Angaben des Beschwerdeführers / den Befunderhebungen und dem Unfall vom 5. März 2023 bestehe, nicht gefolgt werden. In diesem Zusammenhang kann sodann ergänzend auf die Erfahrungstatsache hingewiesen werden, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteile des Bundesgerichts 8C_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3, 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 6.5, 8C_609/2017 vom 27. März 2018 E. 4.3.3, je mit Hinweisen).

Zusammenfassend legte Dr. med. E.____ in Bezug auf die im Bericht vom 12. Juli 2024 betreffend den Sturz vom 5. März 2024 diagnostizierten «Status LWS-Kontusion und Hüft-Kontusion rechts betont» sowie der «Status nach Bauchwandkontusion unten rechts» dar, dass die Folgen der Beckenkontusion vom 5. März 2023 spätestens zum Zeitpunkt der Konsultation vom 18. September 2023 abgeklungen gewesen seien. Diese Einschätzung erweist sich als nachvollziehbar und schlüssig. So liessen sich im Sprechstundenbericht vom 19. September 2023 (vgl. E. II. 5.4 hiervor) u.a. aufgrund der am 18. September 2023 durchgeführten Röntgenuntersuchung ein intaktes Integrum, keine Rötung, keine

Schwellung, kein Hämatom, keine auslösbaren Druckdolenzen bei einer um 100 % schmerzfremen Hüftflexion bis 100 ° feststellen.

Somit vermag der Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. F.____ vom 12. Juli 2024 keine auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Aktenbeurteilung von Dr. med. E.____ hervorzurufen, zumal es sich bei Dr. med. F.____ auch nicht um einen Facharzt auf dem hier interessierenden Gebiet handelt. In den vorliegenden Akten finden sich zudem keine weiteren, der Beurteilung von Dr. med. E.____ entgegenstehenden, fachmedizinischen Einschätzungen.

6.4 Es ist nachfolgend auf die gegen die ärztliche Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. E.____ vom 2. September 2024 gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

6.4.1 Der Beschwerdeführer stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass seine erneuten Beschwerden im gleichen anatomischen Bereich aufgetreten seien, wie die ursprüngliche Verletzung (A.S. 12 f.). Bei dieser Argumentation verkennt der Beschwerdeführer, dass zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und dem seinerzeit beim Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ebenfalls ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang bestehen muss (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Ein Verweis auf die im Grundfall anerkannte natürliche Kausalität reicht nicht aus. Das Vorbringen läuft daher ins Leere.

6.4.2 Eingehend auf das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach auch seine Physiotherapeuten festgehalten hätten, dass die Beschwerden unfallbedingt seien (A.S. 1) kann Folgendes festgehalten werden: Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_287/2020 vom 27. April 2021 E. 3.1). Demnach kann in Bezug auf die Frage des Kausalzusammenhangs nicht ohne Weiteres auf die im Wesentlichen therapeutisch tätigen Einschätzung der Physiotherapeuten abgestellt werden. Es kommt hinzu, dass diese denn auch nicht zur ärztlichen Beurteilung von Dr. med. E.____ vom 2. September 2024 Stellung genommen haben. Jedenfalls ist eine solche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Es kann in diesem Zusammenhang ergänzend auf die unzulässige Beweismaxime «Post hoc ergo propter hoc» hingewiesen werden. Demnach gilt eine gesundheitliche Schädigung beweisrechtlich praxisgemäss nicht schon dann als durch den Unfall verursacht, weil sie nach diesem aufgetreten ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_772/2019 vom 4. August 2020 E. 4.2.2). Dem Vorbringen des Beschwerdeführers kann somit nicht gefolgt werden.

6.5 Der «ärztlichen Beurteilung» von Dr. med. E.____ vom 2. September 2024 ist folglich der volle Beweiswert zuzusprechen. Es kann ihrer Einschätzung gefolgt werden, wonach die Folgen des Unfallereignisses vom 5. März 2023 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens ab 18. September 2023 abgeklungen seien.

7. Zusammenfassend ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 21. August 2025 (A.S. 1 ff.) auf die Einschätzungen von Dr. med. E.____ vom 2. September 2024 abgestellt und den Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 5. März 2023 und den Beschwerden am Becken verneint hat. Die Beschwerde ist abzuweisen.

8. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (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

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

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